|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| P.1  P.3  P.4  P.5  P.7  P.8  P.8 | 他家幹細胞療法に関する説明文書（ドナー用）  （ドナーとなられる前によくお読みください。）  ◎今回あなたのワンちゃん・ネコちゃんはある病気のワンちゃん・  ネコちゃんのドナー候補として選ばれました。  （略）  2.間葉系幹細胞とは  動物の体には、さまざまな器官や臓器などに変化する（「分化する」といいます）細胞が存在します。この細胞は幹細胞（かんさいぼう）と呼ばれます。幹細胞療法とは、この細胞を体外で培養し、体内に戻してあげることで、失われた臓器や怪我の再生を行う治療法です。  幹細胞療法では、主に皮下脂肪の中に含まれる脂肪幹（しぼうかん）細胞を利用します。皮下脂肪由来の幹細胞は、骨や、軟骨、筋肉や心筋細胞、そして血管を形作る細胞に分化することが知られています。また、生理活性物質を放出し、炎症が起こった部位に作用していると報告されています。幹細胞療法は、これらの分化する能力と生理活性物質を利用することで、自分の細胞から必要な器官や臓器を「再生」させる治療法なのです。  3.他家幹細胞療法の必要性および方法  細胞の培養は、動物病院内の細胞培養施設で行なわれます。他家幹  細胞療法は、あらかじめドナーとなる同種動物（ワンちゃんもしく  はネコちゃん）から脂肪0.5g程度を採取、そこから幹細胞を取り  出して2週間ほどかけて培養を行っています。増殖した幹細胞は、  最終的に-80℃のディープフリーザーに保管をしています。提供さ  れるワンちゃん・ネコちゃんの中には、麻酔をかけることができず  脂肪が採取できない場合や治療に緊急を要する場合などで、幹細胞  の投与がすぐに出来ない場合があります。  （略）  8．個人情報の保護について  当院は、ドナーや飼い主さんの個人情報の保護には十分配慮し、法令を遵守いたしますのでご安心下さい。  同意文書  （動物病院）　 殿  私は｢幹細胞療法｣に関して、担当獣医師から説明文書を用いて説明を受け、理解しました。つきましては、幹細胞療法のドナーとなることに同意します。  同意日：　　　　　年　　月　　日 患者氏名（動物）：  生年月日および年齢：  　　　　　　　　　　年　月　日　飼い主氏名：  　　　　　　　　　　 住所：  　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号：  私は、説明文書に基づき説明しました。  説明日：　　　　　年　　月　　日　獣医師名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　動物病院名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者名：  　　　　　　　　　　　　緊急連絡先： | 他家幹細胞療法に関する説明文書（ドナー用）  （ドナーとなられる前によくお読みください。）    ◎今回あなたの愛犬・愛猫はある病気の犬・猫のドナー候補として選ばれました。  （略）  2.間葉系幹細胞とは  動物の体には、さまざまな器官や臓器などに変化する（「分化する」といいます）細胞が存在します。この細胞は幹細胞（かんさいぼう）と呼ばれます。幹細胞療法とは、この細胞を体外で培養し、体内に戻してあげることで、傷ついた器官や臓器の再生を行う治療法です。  幹細胞療法では、主に皮下脂肪の中に含まれる脂肪幹（しぼうかん）細胞を利用します。皮下脂肪由来の幹細胞は、骨や、軟骨、筋肉や心筋細胞、そして血管を形作る細胞に分化することが知られています。また、生理活性物質を放出し、炎症が起こった部位に作用していると報告されています。幹細胞療法は、これらの分化する能力と生理活性物質を利用して必要な器官や臓器を「再生」させる治療法なのです。  3.他家幹細胞療法の必要性および方法  細胞の培養は、動物病院内の細胞培養施設で行なわれます。他家幹細胞療法は、あらかじめドナーとなる同種動物（犬もしくは猫）から脂肪0.5g程度を採取、そこから幹細胞を取り出して2週間ほどかけて培養を行っています。増殖した幹細胞は、最終的に-80℃のディープフリーザーに保管をしています。患者となる犬・猫の中には、麻酔をかけることができず脂肪が採取できない場合や治療に緊急を要する場合などで、幹細胞の投与がすぐにできない場合があります。  （略）  8．個人情報の保護について  当院は、ドナーや飼い主様の個人情報の保護には十分配慮し、法令を遵守いたしますのでご安心ください。  同意文書  （動物病院）　 殿  私は｢幹細胞療法｣に関して、獣医師（実施者）から説明文書を用いて説明を受け、理解しました。つきましては、幹細胞療法のドナーとなることに同意します。  同意日：　　　　　年　　月　　日 飼い主氏名：  患者氏名（動物）：  　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日および年齢：  　　　　　　　　　　 住所：  　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号：  私は、説明文書に基づき説明しました。  説明日：　　　　　年　　月　　日　獣医師（実施者）名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　動物病院名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　実施責任者名：  緊急連絡先：  ： | （表記変更）  （表記変更）  （表記変更）  （表記変更）  （表記変更）  （表記変更）  （表記変更）  （削除）（追加）  （順番変更）  （順番変更）  （削除・順番変更）  （表記変更）  （表記変更） |