

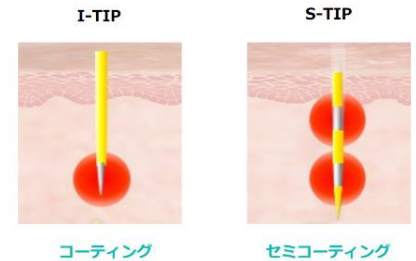
「POTENZA (ポテンツァ)」マイクロニードル RF 治療 説明・同意書

「POTENZA (ポテンツァ)」マイクロニードル RF について

ポテンツァはマイクロニードルと高周波 (RF : Radio Frequency、ラジオ波) を組み合わせた治療器です。この治療法では、細い針を用いて皮膚に微細な穴を開け、その部分に RF エネルギーを照射することで、自身の創傷治癒力を高めてコラーゲンやエラスチンの生成を促進します。これにより、肌の再生力を高め、肌のハリや弾力が向上します。また、ニキビ、ニキビ跡、小じわ、肌質改善など、幅広い美容効果が期待できます。ポテンツァには複数の針先 (チップ) があり、治療目的に応じて使い分けます。

I チップ・アクネチップ : ニキビ、汗管腫、しわ

針の先端のみが RF エネルギーを放出する絶縁構造の針で、真皮層をターゲットにします。表皮へのダメージを抑えながら、ニキビ・汗管腫やしわ改善に特化した治療が可能です。ダウンタイムが少なく、肌の引き締め効果が期待されます。ニキビや汗管腫が少数の場合はアクネチップ (一本針)、多数の場合は I チップを使用します。

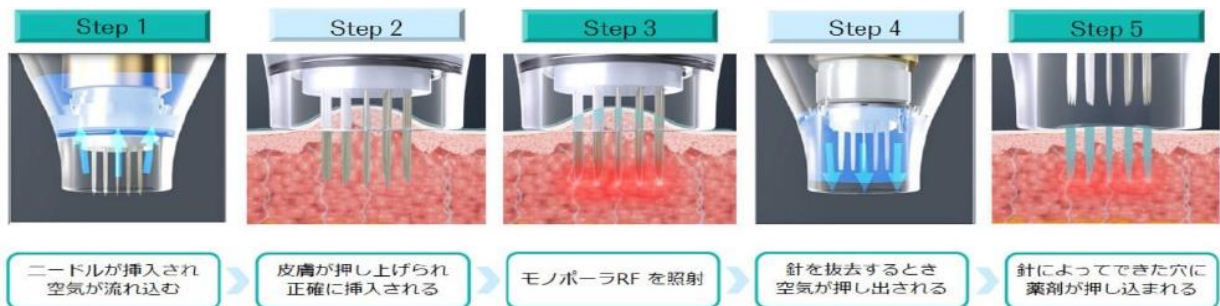


S チップ : 美肌、肌質改善、赤ら顔、毛穴、小じわ

針の先端と軸から RF エネルギーを放出する非絶縁針で、皮膚の浅い層から深い層までを治療します。

CP チップ (ポンピングチップ ドラッグデリバリー) : 美肌、小じわ、ニキビ、ニキビ跡

皮膚にあけた穴に直接薬剤を届けるドラッグデリバリー機能を搭載した「ポンピングチップ」と薬剤を併用することで、美容成分をしっかりと均一に肌内部 (真皮層) に浸透させることができます。ポンピングチップには穿刺時に肌に陰圧をかけ、その後の陽圧によって薬剤を均一に浸透させる独自機構が搭載されています。水光注射やダーマペンと比べて出血が少なく、薬剤を正確で均一に注入できます。



使用する薬剤

McCoom (マックーム) : 主に PLLA (ポリ乳酸) を成分とする生体分解性の薬剤で、しわやニキビ跡の治療に効果的です。医療分野では溶ける縫合糸などにも使用されています。体内で分解される際にコラーゲン生成を促進し、肌の再生をサポートします。

LIZNE (リズネ) : サーモン由来のポリヌクレオチドを含む薬剤で、細胞修復や肌の回復力を高め、アンチエイジング治療や保湿機能の改善に効果的です。

Cytopro (サイトプロ) : ヒト骨髄幹細胞由来のサイトカインを含む製剤で、肌の再生や修復をサポートし、しわやニキビ跡の治療に効果的です。

施術の流れ

1. 洗顔後、施術部位に麻酔クリームを塗布します。30~45分経過後、RF エネルギーを流すための専用プレートを背中に貼り、横になります。
2. 麻酔が十分に効いた後、麻酔クリームを除去し、施術部位を消毒してから施術を開始します。
3. 施術後はマスクパックで肌を鎮静させます。I チップや S チップを使用した場合は、メソナ J による鎮静が効果的です。CP チップ使用時は、他の施術を併用しないことが推奨されます。

施術後の注意

- 施術後に強い赤みや熱感が続く場合は、ご自宅で冷却を行うことを推奨します。
- 肌のつっぱり感や乾燥を感じた場合は、保湿クリームを十分に塗布してください。
- 色素沈着を予防するために、日焼け止めクリームを必ず使用してください。
- 肌の再生を助けるため、保湿成分が含まれたマスクパックを1日10～15分行うことを推奨します。
- 皮膚スクラブや角質除去製品の使用は避けてください。
- 飲酒やストレスを避け、リラックスした生活を心がけてください。また、サウナ、半身浴、激しい運動も控えてください。
- 施術後約7日間、炎症やむくみにより毛穴が塞がり、一時的にニキビが悪化する場合があります。
- 瘡瘡が衛生的に圧出されなかった場合、色素沈着が生じる可能性があります。

合併症

- 感染** : すべてのチップは滅菌されていますが、外部物質による細菌感染のリスクがあります。
- 色素沈着** : 炎症反応により一時的に色素沈着をおこす可能性があります。
- 紅斑** : 施術後に紅斑が発生することがありますが、通常は数時間以内に消失し、2日程度続く場合があります。
- 毛嚢炎** : 施術中に、毛包が熱刺激を受けることで一時的な毛嚢炎が発生することがあります。また、熱刺激により施術直後に皮脂の分泌が一時的に増加することがあります。

治療をお受けいただけない患者様について

- 心臓ペースメーカーなどの埋め込み型医療機器を使用している方
- 心臓疾患のある方
- 出血性疾患のある方
- 自己免疫疾患のある方
- 糖尿病による合併症を発症している方
- 皮膚悪性腫瘍や前癌病変、またはその疑いがある方
- 施術部位に創傷や重篤な皮膚疾患、感染症がある方
- 施術部位に金属糸や金属プレートが入っている方
- タトゥーやアートメイク上での施術
- ケロイド体質やケロイドのある部位の施術
- アルコール依存症、薬物依存症などの精神神経疾患がある方
- 金属アレルギーがある方
- 妊娠中の方

医師に申し出が必要な方

- 悪性疾患のある方
- 急性疾患のある方
- 血管腫のある方
- 肝斑のある方
- 敏感肌の方
- 抗血液凝固剤を服用している方
- 抗炎症薬やアスピリンを服用している方
- 歯にブリッジ、インプラント、矯正器具などの金属製器具を装着している方
- 麻酔アレルギーのある方

\$PATIENT_ID\$ \$PATIENT_NAME\$
(説明メモ)

施術名 「POTENZA (ポテンツァ)」マイクロニードル RF

- Iチップ アクネチップ Sチップ
CPチップ マックーム リズネ サイトプロ

説明日 年 月 日 説明医師: _____

診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を「医学教育」や「研究目的」など学会論文発表で使用する事を承諾します
(個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います)。

診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を院内説明写真やウェブサイト等掲載写真として使用する事を承諾します。

写真は施術部位のみで個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います。一度承諾しても、再度拒否することはできます。

写真はあくまでクリニックと本人の確認用途のみとし、第三者への閲覧は承認しません。

私は、施術の内容および起こりうるリスクを理解したうえで上記施術について同意いたします。

同意日 年 月 日

患者氏名 _____

代諾者氏名 _____ (続柄)

<未成年の方> 親権者の同意が必要となります。 ※下記事項は親権者ご本人がご記入ください。

私は、申込者の法的代理人として、申込者の上記施術および手術に同意いたします。

親権者名		続柄	
住所			
電話番号			