＜取扱注意＞

 抗ＨＩＶ薬予防服用同意書

　**私は、ＨＩＶ汚染防止血液等曝露後の抗ＨＩＶ薬予防服用における利益と不利益**

**について説明を受け、妊婦の服用は胎児への影響について不明である点を含め、十**

**分に理解しました。**

**私は、自らの意志により予防服用を希望します。**

 **服用希望薬剤（必ず本人がチェックすること）**

**□　アイセントレス錠400 mg　＋　デシコビ配合錠HT**

　配置病院

　　　　　　　　　　　病院長　様

　　　　　　　**年　　月　　日**

 **署名**

　※抗ＨＩＶ薬配置病院にて、抗ＨＩＶ薬を受領する際に、ご記入ください。

　受領者サイン（受領時に記入）：

[代理人の場合]　※原則、被曝露者が受領

　　所属施設又は続柄：

[本人確認] 〇で囲んでください（抗ＨＩＶ薬配置病院の担当者がご記入ください）

保険証、運転免許証、身分証（　　　　　　　　　　）の書類提示あり

　＜取扱注意＞

抗ＨＩＶ薬提供依頼書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被曝露者 | 氏名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 妊娠（女性のみ） | 有 ・ 無 ・未検査 |
| 現在服用中の薬剤 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 発生状況 | 発生日時 | 年　　月　　日　　　　時　　　分 |
| 事象内容 | * 針刺し ・切創 ・粘膜曝露 ・皮膚曝露

・(　　　　　　　　　　　 ) |
| 原因患者の病状 | ・ＡＩＤＳ　・ＨＩＶ抗体陽性　・ＨＩＶ抗体陽性疑 |

**上記の者は、ＨＩＶ感染の恐れがあり、予防服用についての説明に同意があった**

**ので、レジメンの服用回数分（専門医受診までの回数）の抗ＨＩＶ薬の提供を依頼いたします。**

**□　アイセントレス錠400 mg＋デシコビ配合錠HT**

**奇数回服用分：アイセントレス錠400 mg 1錠＋デシコビ配合錠HT 1錠　　　　回分**

**偶数回服用分：アイセントレス錠400 mg 1錠　　　　　　　　　　　 　　　　回分**

※　レジメン内容は、マニュアル内｢HIV感染防止の抗ＨＩＶ薬服用目安｣を参照

参考：服用者向け説明書｢お薬の飲み方について 専門医受診までに２回目以降を服用する方へ｣

 **配置病院**

**病院長　様**

**年　　月　　日**

 **機関所在地**

 **機関名**

 **連絡先**

**担当医署名**

**（管理者）**