

<取扱注意>

## 抗H I V薬予防服用同意書

私は、H I V汚染防止血液等曝露後の抗H I V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 + ツルバダ

配置病院

病院長 様

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

※抗H I V薬配置病院にて、抗H I V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、被汚染者が受領

所属施設又は続柄： \_\_\_\_\_

[本人確認] ○で囲んでください。（抗H I V薬配置病院の担当者をご記入ください。）

保険証、運転免許証、身分証（ \_\_\_\_\_ ）の書類提示あり

<取扱注意>

### 抗H I V薬提供依頼書

被汚染者	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 ・ 粘膜汚染 ・ 皮膚汚染 ・ ( )		
	原因患者の病状	・ A I D S ・ H I V抗体陽性 ・ H I V抗体陽性疑		

上記の者は、H I V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H I V薬の提供を依頼いたします。

アイセントレス + ツルバダ

奇数回服用分： アイセントレス 1錠+ ツルバダ 1錠 \_\_\_\_\_回分

偶数回服用分： アイセントレス 1錠 \_\_\_\_\_回分

※ レジメン内容は、マニュアル内「HIV感染防止の抗H I V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)