

患者様へ

血液等曝露後の感染症検査に関する同意のお願い

この度、当施設の職員が、患者様の血液又は体液に曝露する事故にありました。

一般に、血液又は体液には、感染症の原因となる病原体が含まれている可能性があります。その中の一つである HIV は、体内でゆっくり進行し、はっきりした症状が出る（エイズ発症）までに時間がかかるため、自分自身では感染に気がつきにくいという特徴があります。そして、知らないうちに近親者や他人へ、HIV を感染させてしまうことがあります。

現在、HIV 感染症は、効果的な治療法が開発されており、可能な限り早期に治療を行うことで、エイズ発症を抑え、社会復帰が充分可能な病気となっています。また、近親者や他人に HIV を感染させる確率を抑えることができます。そのため、早期診断が重要となっております。

また、HIV に曝露した側においても、早期に予防薬を服用すれば、HIV に感染する確率を抑えることができるようになっていきます。

今後、患者様により良い医療を提供するために、そして職員の感染予防のために、以下の方法により、患者様の HIV 感染状況を確認させていただけないでしょうか。また職員が予防内服治療を行う場合に必要となるため、患者様の HBV 及び HCV についても同時に感染状況を確認させていただけないでしょうか。下記の確認検査を含めて、これら検査に係る費用は当施設が負担します。

- 採血及び検査を当施設で実施します。
- 採血を当施設で実施し、検査は_____病院で実施します。
- _____病院までご同行していただき、採血及び検査を実施します。

なお、HIV 迅速検査では偽陽性が出る可能性がありますので、仮に陽性であった場合は、曝露への対応が終了した後に確認検査を行います。確認検査の結果は出るまでに時間がかかりますが、分かり次第、お知らせします。

確認検査で陽性であった場合は、沖縄県エイズ治療拠点病院を紹介いたします。拠点病院では、治療の他、社会支援制度に関する助言等を得ることができます。

最後に、HIV 迅速検査等の結果は、患者様のプライバシー保護に十分配慮し、ご本人のみにお伝えします。また、個人情報については、当施設の個人情報保護方針に基づき適切に管理いたします。

この件に関してご質問がありましたら、ご遠慮なくお尋ねください。

説 明 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関等名 _____

説 明 者 _____