様式４＜取扱注意＞

血液等曝露後の感染症検査・抗HIV薬処方依頼書（配置医療機関あて）

配置医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　病院長

この度、当施設の職員が患者様の血液等に曝露しましたので、下記の曝露後対応をよろしくお願い致します。

【依頼内容及び同意取得の確認（該当する項目を○で囲ってください）】

|  |  |
| --- | --- |
| **患者**の検査依頼（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ） | **患者**の検査同意（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ） |
| **職員**の検査依頼（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ） | **職員**の検査同意（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ） |
| **職員**の抗HIV薬処方の希望（　有　・　無　） | **職員**の抗HIV薬処方の同意（　有　・　無　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員  （被曝露者） | 氏名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 |  | 妊娠  （女性のみ） | 有 ・ 無 ・ 未検査 |
| HBV感染 | 有 ・ 無 ・ 不明（検査を依頼） | 腎機能低下 | 有 ・ 無 ・ 未検査 |
| 現在服用中の薬剤 | | 有 ・ 無（　　　　　　　　　） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 曝露状況 | 曝露日時 | 年　　月　　日　　　時　　　分頃 |
| 曝露内容 | 針刺し ・ 切創 ・ 粘膜汚染・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 曝露元となった患者の病状 | HIV陽性 ・ 不明（貴院へ検査を依頼） |

※検査結果判明までに曝露発生から２時間を超える場合は、取り急ぎ１回目の提供をお願いします。

１回目：ツルバダ錠 １錠　＋　アイセントレス錠400mg １錠

　　　　日分（必要分を記載）

２回目：アイセントレス錠400mg　１錠

※１回目は可能な限り速やかに服用、２回目は12時間後に服用。以降は、12時間毎に交互に服用。

依頼日　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関等所在地

医療機関等名

連絡先

責任者等名