

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 _____