

<取扱注意> 抗 HIV 薬予防服用同意書

私は、HIV 感染血液等暴露後の抗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、妊婦への安全性が確認されていないことを含め、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。

服用希望剤(必ず本人がチェックすること)

- RAL (アイセントレス錠)  
 TAF/FTC (デシコビ配合錠HT)

抗HIV 薬配備医療機関

病院長殿

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

抗HIV 薬予防投与依頼書

被災者	氏名	生年月日	年	月	日
	性別 ( M ・ F )	妊娠 ( 有 ・ 無 )			
事故状況	現在服用中の薬剤 ( )				
	発生日時	事故内容 ( )			
※参考	原因患者の病状 ・ AIDS ・ HIV抗体陽性 ・ HIV抗体陽性疑				
	EC ( )	HIV SC ( )			

※判定可能な場合は御記入ください

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、抗HIV 薬の投与を依頼する。

抗HIV 薬配備医療機関

病院長殿

依頼医療機関 所在地:

医療機関名:

連絡先:

年 月 日 時 分 担当医署名: