抗HIV薬予防服用同意書

私は、HIV感染血液等曝露後の抗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行います。

エイズ予防薬配備医療機関 病院長　様

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　　　日生 | |
| 性別：　　　　男　　・　　女 | | 妊娠：　有　（　　　週）　・　　無 | |
| 慢性B型肝炎：　有　・　無 | 腎機能低下：　有　・　無 | | 糖尿病：　有　・　無 |
| 現在服用中の薬剤： | | | |
| 備考： | | | |
| 事故状況 | 発生日時：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　時　　　　分頃 | | | |
| 事故内容： | | | |
| 原因患者の病状：　AIDS　・　　HIV抗体陽性　・　　HIV抗体陽性疑い　・ 不明 | | | |

上記の者は、HIV感染の恐れがあり、予防服用について同意したため、抗HIV薬の投与を依頼します。

エイズ予防薬配備医療機関 病院長　様

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：