

【様式4】

年 月 日

病院長 様

医療機関所在地

医療機関名

担当医（署名）

印

H I V曝露事故後の感染予防薬提供依頼書

次のとおりH I V曝露事故が発生しましたので、岐阜県から貴院に配置された予防薬（抗H I V薬）を分与いただくようお願いします。

記

1 事故の状況

発生日時	年 月 日 時
事故の内容	針刺し・切創・粘膜汚染・皮膚汚染・その他（ ）
患者（曝露源）の状況	<input type="checkbox"/> H I V陽性（血中 HIV-RNA _____コピー/ml・不明） <input type="checkbox"/> H I V感染が強く疑われる（理由）

2 被曝露者

性 別	男 ・ 女
妊 娠	有 ・ 無
予防薬服用の理解	<input type="checkbox"/> H I V曝露事故後の抗H I V薬の予防服用について、その利益と不利益を理解している。

3 分与を希望<sup>\*</sup>する薬剤

TDF / FTC（ツルバダ錠）	1錠/日	錠
RAL（アイセントレス錠）	2錠/日	錠

※特別な理由がない限り、原則分与は1日分です。