

抗HIV予防服用同意書

私は、HIV感染予防薬の内服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。

下記予防薬を「 」日分受領しました。※原則1日分

記

ツルバダ配合錠 1日1回、1回1錠

アイセントレス錠 1日2回、1回1錠

杉田玄白記念公立小浜病院 病院長 様

(西暦) _____ 年 月 日

署名: _____

予防薬投与依頼書

杉田玄白記念公立小浜病院 病院長 様

この度、当施設の職員が患者様の体液に曝露しました。

つきましては、HIV感染予防のための内服薬の提供をお願いします。

(西暦) _____ 年 月 日

依頼医療機関名: _____

所在地: _____

電話番号: _____

担当医師等署名: _____

曝露発生状況:

針刺し・切創

皮膚・粘膜汚染

その他(_____)