

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

処方薬がビクトルビ配合錠の場合

_____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。

ビクトルビ配合錠 1錠 _____日分(必要分を記載)

※1回目は可能な限り速やかに服用。以降は、1日毎に1錠服用。

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 _____

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

処方薬がツルバダ錠および
アイセントレス錠の場合（令和
9年1月まで）

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

2回目：アイセントレス錠400mg 1錠

_____ 日分（必要分を記載）

※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 _____