

## 〈 取扱注意 〉

## 抗HIV薬予防投与依頼書

抗HIV薬配置医療機関 病院長 様

下記の者は、HIV感染のおそれがあり、予防内服についての同意があったので、抗HIV薬の投与を依頼します。

年 月 日 時 分

医療機関名

部署名

医療機関所在地

電話番号

担当医師名

## 記

○ 対象者 氏名： 生年月日： 年 月 日

性別： 男 ・ 女 妊娠： 有 ・ 無

○ 薬 剤  TDF/FTC (ツルバダ) 1錠  
 RAL (アイセントレス) 2錠 (分2)

○ 事故の状況 発生日時： 年 月 日 時 分

事故内容： ・ 針刺し ・ 切創 ・ 粘膜汚染 ・ 皮膚汚染

原因患者の病状： ・ HIV抗体陽性 ・ HIV抗体陽性疑

事故の具体的な状況