

私は、H I V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

予防薬配置医療機関 院長 様

署名：_____年 月 日

予防薬配置医療機関 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。

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（ ）