・・・・・・・・・ 抗 HIV 薬予防服用同意書	ー・ー・ー・ー・ー・ー・ー・ー・ー・ー (被曝露者記入用)
・・・・・・・・・・ エイズ拠点病院 協力病院 病院長 殿	
以下のチェックリストに従い HIV 汚染血液の意義、注意点等について確認してください。	返等曝露後の抗 HIV 薬予防服用説明書をよく読み、服用 。(□=チェック欄)
	%感染を防げるわけではありませんが、感染のリスクを約80% Eを服用すればさらに効果的であると考えられます。
	回目の服用は、事故後できるだけ早くできれば 1~2 時間以内 引以後では効果が減弱する可能性があります。予防服用は、曝 す。
□ 妊娠の可能性のある場合について 抗 HIV 薬の服用については、特に妊娠初期 は確立されておりません。	(最後に月経のあった日から 14 週間) の胎児に対する安全性
□ 予防服用される抗 HIV 薬の注意点及び副 ●TDF/FTC: ツルバダ配合錠	投与中止により、B 型慢性肝炎が再燃するおそれがある。
→特にB型慢性肝炎、腎機能障害をもつ・その他の副作用として、悪心、下痢、疲・RAL:アイセントレス配合錠	
・肝機能障害のある患者では肝機能障害を ・その他の副作用として、頭痛、横紋筋融解症 「チェックリストに従い感染予防のための」	、筋肉痛、肝機能障害などがある。 服用についての説明文書を読みました。
(※全てのチェック欄に✔されているかる) 予防服用の重要性を理解し、服	
□ はい □ いいえ	
医塔	年 月 日 孫機関名
区 海	名