【様式１】

平成　　年　　月　　日

予防薬配置医療機関の長　様

仲介病院長　印

HIV感染予防薬配置依頼書

　このことについて、次のとおりHIV感染予防薬を送付いたします。

　予防薬を使用した際には、「針刺し事故等によるHIV感染防止体制整備要領」に基づき、当院へ報告くださるようお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名ロット番号 | 数量 | 使用期限 | 備考 |
| TDF/FTC（ツルバダ） | 　　　　　錠 | 　　　　年　　　月 |  |
| RAL（アイセントレス） | 　　　　　錠 | 　　　　年　　　月 |  |



【様式３】

予防薬配置医療機関の長　様

HIV感染予防薬提供依頼書

次の者は、当院内での事故によりHIV感染のおそれがあり、予防服用について希望がありましたので、栃木県が所有する予防薬の提供を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 氏名　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日性別（ 男 ・ 女 ）　　　　現在服用中の薬剤（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事故の状況 | 発生日時　　　　　　　　年　　　　月　　　　時　　　分事故内容　　 ・針刺し 　・切創　 ・粘膜汚染　 ・皮膚汚染原因患者 　　・HIV抗体陽性　　・HIV抗体陽性疑 |

　　　　医療機関所在地

　　　　医療機関名

　　　　管　理　者　名

　　　　　　　　　　　　　　　　連　　絡　　先

　　　　　　　　　　　　　　　（担　当　者　名）

《予防薬の服用希望者記載欄》

　私は、「針刺し事故等によるHIV感染防止体制整備要領」に基づき、予防薬の提供を希望します。

 　　　　年　　月　　日

　　　　　氏名（自署）