【様式４】

HIV感染予防薬服用同意書

（※全ての項目を確認し、□にチェックを入れてください）

□　私は、HIV汚染血液等曝露後のHIV感染予防薬服用について、裏面の注意事項を確認し、利益と不利益を十分理解しました。

□　私は、自らの意思により予防服用を希望します。

 　年　　　　月　　　　日

（予防薬配置医療機関名）　　　　　　病院長　様

所属施設名

　　　　　　　　　　　　本人　署名

|  |  |
| --- | --- |
| 曝露を受けた職員 | 性別（ 男 ・ 女 ）　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日妊娠（　有　・　無　）現在服用中の薬剤：　　　　　　　　　 |
| 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陽性　　□HIV陽性疑い（疑いの場合の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 HIV感染予防薬服用説明書（注意事項）

□　服用の意義

針刺し事故などでHIV 汚染血液等に曝露した場合の感染のリスクは、B 型・C 型肝炎と比較してかなり低く、B 型肝炎の1/100、C 型肝炎の1/10 程度で、針刺し事故においては平均0.3％、粘膜の曝露においては平均0.09％程度です。

また、感染直後に１つのHIV感染予防薬を服用することで、そのリスクを約80％低下させると言われています。現在の多剤併用療法を行えば、曝露後の予防効果はさらに高まると考えられています。

□　服用にあたっての注意

予防服用期間については、通常４週間の継続服用が必要と考えられています。感染を予防する利益と副作用による不利益を考え合わせた上で、予防服用が必要と判断された場合には、できる限り早く（可能であれば～２時間以内に）服用を開始することをお勧めします。

□　以下に当てはまる方は、服用にあたり注意が必要なため、予防薬配置医療機関および拠点病院等の医師に申し出てください。

* 妊娠している、又は妊娠している可能性のある方
* Ｂ型肝炎の既往がある方
* 腎機能に障害のある方、糖尿病の方

□　予防薬と副作用（詳細は各薬剤の添付文書参照）

予防服用薬は、以下の２種類です。拠点病院等受診までの間は、以下の２剤を服用します。

＜RAL＞　アイセントレス®錠400mg（うすい赤色の錠剤）[１回１錠（400㎎）1日**２回**服用]

　副作用：発疹、吐き気、めまい、頭痛、下痢など

　稀に皮膚粘膜眼症候群、薬剤性過敏症症候群、横紋筋融解症、腎不全、肝炎などを起こすことがある。

＜TAF/FTC＞　デシコビ®配合錠HT（青色の錠剤）[１回１錠　１日１回服用]

　副作用：悪心、疲労、頭痛、下痢など

　TAFとFTCの合剤である。Ｂ型肝炎患者の服用にて、服用中止時に肝炎が悪化する場合がある。