【様式５-１】

**紹　介　状**

一般医療機関（針刺し事故等が発生した医療機関）　→　予防薬配置医療機関　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院  担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  この度、患者様の血液等によって、当院の職員が曝露事故を起こしました。  つきましては、必要な検査、HIV感染予防薬の提供及び指導についてご検討くださいますようお願いいたします。 | | |
| 被曝露者 | 氏名  住所  性別 （ 男・女 　） | 生年月日 年 月 日  妊娠 （　　有・無　　） |
| 曝露を受けた医療機関：  基礎疾患：  現在の服用中の薬剤：    労災申請の有無：　　有　・　無 | |
| 事故状況 | 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  曝露由来患者の感染性 □HIV陽性 　□HIV陽性疑  （原因： ） | |
| 依頼事項 | 予防薬の提供 （同意書の記載及び持参　□済） | |
| その他 |  | |
| 年 月 日  医療機関名  所在地  (TEL)  医師名 | | |

**紹　介　状**

【様式５-２】

予防薬配置医療機関　→　エイズ治療拠点病院等　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院  担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  この度、下記により血液等曝露事故への対応として、HIV感染予防薬の提供を行いました。  つきましては、今後の継続診療等についてご対応くださいますようお願いいたします。 | | |
| 被曝露者 | 氏名  住所  性別 （ 男・女 　） | 生年月日 年 月 日  妊娠 （　　有・無　　） |
| 曝露を受けた医療機関：  基礎疾患：  現在服用中の薬剤：  労災申請の有無：　　有　・　無 | |
| 事故状況 | 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  曝露由来患者の感染性 □HIV陽性 　□HIV陽性疑  （原因： ） | |
| 予防薬  提供内容 | □予防服用の同意書確認済み  提供内容：アイセントレス®錠400mg・デシコビ®配合錠HT（ 　日分）  服薬状況：□服薬済（ 年 月 日 時 分） □服薬未 | |
| HIV 検査  結果等 | 曝露由来患者の検査：□迅速検査陽性 □一般検査実施中 □未実施  被曝露者の検査 　　：□迅速検査陽性 □一般検査実施中 □未実施 | |
| 年 月 日  医療機関名  所在地  (TEL)  医師名 | | |