(別紙１)

紹　　介　　状

 病院

担当医 様

　この度，患者様の体液によって，当院の職員が，皮内・粘膜及び傷のある皮膚への曝露事故を起こしました。

　ついては，必要な検査，予防内服の処方及び指導について，ご検討いただきますよう

お願いします。

　　　　職 員 名

　　　　所属部署

　　　　連 絡 先

　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師 ㊞

 (別紙２)

抗HIV薬による予防内服についての説明書

１　予防内服は次のとおり行います。

 ・事故発生から，できるだけ早く(遅くとも７２時間以内)内服を開始します。

 ・多剤併用療法である2剤の内服を行います。

　　　［選択薬：ツルバダ］（＊）ツルバダは，剤型は1錠ですが，この中に2剤が含まれています。

　 ・HIVの曝露量が多いと予想される場合はツルバダに加え1剤を追加で内服します。

　　　［選択薬：アイセントレス］

　 ・4週間の内服が推奨されています。

　・事故発生後，6週間後，3ヶ月後にHIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染の有無について　確認が必要です。

・HIV専門医の多くは耐性ウイルスの懸念から，抗HIV薬を2剤以上内服することを推奨しています。

　・内服するか否かについて，どうしてよいかわからない場合は，妊娠の可能性がなければ，HIV専門医の多くは，とりあえず第1回目の内服をすることを推奨しています。その後12時間の時間的余裕ができますので，その時点で再度拠点病院の専門医に相談して更にベストな方法を考慮することが可能になります。

２　HIV感染血液による針刺しなどの職業曝露から，HIVの感染が成立する危険性は非　常に低く，次のとおり報告されています。

　・HIV汚染血液の針刺し事故によって感染する確率は，0.3％

　・HIV汚染血液の粘膜への曝露によって感染する確率は，0.09％

　・HIV汚染血液の血中ウイルス量が1000ｺﾋﾟｰ/ml以下では，感染する確率は，

　　ほとんど0に近い。

３　予防内服の効果は次のとおりです。

　・予防内服により100％感染が防止できるものではありません。それでも，予防内服を　勧める理由は，「感染直後にレトロビル(AZT)を内服することで，感染のリスクを約

80％低下させることが報告されている」からです。

　・抗HIV薬を2剤以上を内服することで，抗ウイルス効果がさらに強力になることが報告されています。

４　その他

　・妊娠していても抗HIV薬の内服は可能ですが，妊娠している場合は，エイズ治療　　　　中核拠点病院である徳島大学病院，又は，県立中央病院の専門員に受診または相談　　　してください。

　・抗HIV薬は，B型肝炎の治療薬として使われているものがあります。B型肝炎の　　　 既往がある場合は，専門員への相談が必要です。

(別紙３)

患者へのHIV検査の説明事項

(患者に対しHIV検査の同意を得る場合に，必要な説明内容)

以下の内容を，プライバシーが守られる環境で説明する。

□この度，医療行為または看護ケアを行う過程で，当院職員が患者の体液に曝露したこと　による事故を起こしたこと。

□一般に，体液からはHIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染症等を起こすことが知られてい　　るので，職員への感染予防のため，HIV迅速検査をさせていただきたいこと。

□検査結果は，分かり次第，後日お伝えすること。

□検査結果には偽陽性の場合もあり，確定診断がでるまでは時間がかかること。

□万一感染されている場合でも，現在は良い治療方法や社会支援制度があること。

□当院職員が予防内服治療を行う場合に必要となるため，HBs抗原及びHCV抗体の検査　も併せて行いたいこと。

□検査の為に，約5mlの採血を行うこと。

□検査の費用は，全て当方で負担すること。

□個人情報(検査の実施，結果等)については，患者への報告及び当院職員の感染予防の目　的以外には使用しないこと。

 (別紙４)

HIV検査等に関する同意書(患者用)

(患者に対しHIV検査の同意を得る場合に，必要な説明内容)

 様

　この度，あなたの医療行為または看護ケアを行う過程で，当院職員が，あなたの体液(血液・その他： )に曝露するという事故を起こしました。

　一般に，体液による事故で，肝炎ウイルスやHIV(ヒト免疫不全ウイルス)の感染が起こることがあります。職員への感染の危険性を知り，予防的治療の必要性を判断するために，あなたの血液を採血して検査をさせてください。

　検査の項目は，B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査)，C型肝炎ウイルス検査(HCV抗体検査)，HIV検査(HIV抗原・抗体検査）です。

　検査の費用は病院が負担いたします。また，検査の結果は，後日，ご報告させていただきます。

　なお，個人情報(検査の実施，結果等)については，当院職員の感染予防の目的以外には使用いたしません。

 平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　説明者

 　上記の説明を受け，採血・検査を受けることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名

(別紙５)

HIV検査等に関する同意書(被曝露者用)

 様

　この度，発生した体液曝露事故において，あなたが予防内服をすることについての必要性を検討する上で，あなたのHIV(ヒト免疫不全ウイルス)検査(HIV抗体迅速検査)を実施する必要があります。

　HIV抗体が作られるまで2～3ヶ月かかると言われています。真の結果を得るため，HIV検査を複数回行うことになります。目安として，事故発生後，6週間後，3ヶ月後に検査を行います。

　また，抗HIV薬を選択する上で，B型肝炎(HBs抗原抗体検査)，HCV抗体についても，必要であれば検査します。

　個人情報(検査の実施，結果等)については，あなたのHIV感染予防の目的以外には使用しません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医

◎上記の説明を受け，複数回の採血・検査を受けることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

 　　(別紙６)

予防内服に関する同意書

　　　　　　　　　　　病院長　　様

　この度，私は体液曝露事故によりHIV(ヒト免疫不全ウイルス)に感染する危険性と，抗HIV剤を服用することによる感染予防の利益，抗HIV剤による副作用の発生リスクについて説明書を読み，医師から説明を受けました。

　また，妊婦への安全性が確認されていないことを含め，説明を十分理解した上で，自らの意思で，抗HIV剤による予防内服(多剤併用療法)を行うことを決めましたので，下記の投薬を希望します。

服用希望薬剤(必ず本人がチェックすること)

 　□　ツルバダ錠（テノホビルとエムトリシタビンの合剤）

　 □　アイセントレス錠

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

 (医療機関名：　　　　　　　　)