

予防薬提供希望医療機関等

曝露源のHIV抗体が陽性である

血液・体液曝露発生

応急処置(曝露部位の洗浄)

施設長に報告

自己チェック
①HIV感染予防薬内服決定支援チェックリスト(様式A)

チェックリスト(様式A)の確認(施設長)

内服を希望する

内服を希望しない

決めることができない

以下の書類を作成する

- ②HIV感染予防薬提供依頼書(様式B)
- ③HIV感染予防薬内服同意書(様式C)
- ④HIV感染予防薬受領書(様式D)

エイズ治療拠点病院を受診・相談する

HIV感染予防薬配置医療機関へ電話連絡

(エイズ治療拠点病院が最寄りの場合)

(配置協力医療機関が最寄りの場合)

①~④の書類を持参し、配置協力医療機関を受診する

①~④の書類の写しとHIV感染予防薬を受領(服薬指導を受ける)し、予防薬を服用する

エイズ治療拠点病院へ電話連絡

配置協力医療機関は、エイズ治療拠点病院に連絡・相談する

①~④の書類の写しを持参し、エイズ治療拠点病院を受診する

①~④の書類を持参し、エイズ治療拠点病院を受診する

HIV感染予防薬を受領(服薬指導を受ける)し、予防薬を服用する

内服継続を相談

予防薬配置医療機関
(配置協力医療機関)

予防薬配置医療機関
(エイズ治療拠点病院)