

「富山県H I V感染予防薬整備要領」新旧対照表

改正後	現行	備考																																								
<p>第1条から第6条 (略)</p> <p>第7条 予防薬配置医療機関における責任者及び緊急連絡体制の整備 予防薬配置医療機関は、院内における責任者及び緊急連絡先を定め、予防薬の提供の要請に迅速に対応できるよう院内の体制を整備する。 また、当該責任者及び緊急連絡先を変更したときは「H I V感染予防薬提供窓口等変更報告書」(様式1)により富山県厚生部健康対策室感染症対策課(以下「県感染症対策課」という。)まで報告する。 県感染症対策課は「H I V感染予防薬提供窓口連絡先リスト」を県内関係機関(公的病院、医師会、厚生センター等)に周知するものとする。</p> <p>第8条から第9条 (略)</p> <p>第10条 予防薬等の管理 予防薬配置医療機関は「H I V感染予防薬使用管理簿」(様式5)を作成し、予防薬を適切に管理する。予防薬の使用または提供を行った場合は、曝露当事者から提出された「依頼書」(様式2)、「H I V感染予防薬内服同意書」(様式3)及び「H I V感染予防薬受領書」(様式4)を保管するとともに「H I V感染予防薬払出報告書」(様式6)を用いて速やかに県感染症対策課まで報告する。 また、予防薬配置医療機関において、予防薬在庫の不足が予測される場合は、県感染症対策課へ連絡し、指示を受けるものとする。 なお、予防薬配置医療機関は、予防薬の最終払出しを起算日として、H I V感染予防薬受領書を2年間、H I V感染予防薬使用管理簿を3年間保管するものとする。</p> <p>第11条から第12条 (略)</p> <p>附 則 (略) <u>附 則</u> <u>この要領は、令和6年4月1日から施行する。</u></p> <p>別紙1</p> <p>配置予防薬(キードラッグとバックボーンから1つずつ選択する)</p> <table border="1" data-bbox="154 1633 1359 1864"> <thead> <tr> <th>商品名(略名)</th> <th>包装</th> <th>配置数</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ツルバダ(TDF/FTC)</td> <td>30錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>バックボーン</td> </tr> <tr> <td>デシコビHT(FTC/TAF)</td> <td>30錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>バックボーン</td> </tr> <tr> <td>アイセントレス400mg(RAL)</td> <td>60錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>キードラッグ</td> </tr> <tr> <td>アイセントレス600mg(RAL)</td> <td>60錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>キードラッグ</td> </tr> </tbody> </table>	商品名(略名)	包装	配置数	備考	ツルバダ(TDF/FTC)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン	デシコビHT(FTC/TAF)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン	アイセントレス400mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ	アイセントレス600mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ	<p>第1条から第6条 (略)</p> <p>第7条 予防薬配置医療機関における責任者及び緊急連絡体制の整備 予防薬配置医療機関は、院内における責任者及び緊急連絡先を定め、予防薬の提供の要請に迅速に対応できるよう院内の体制を整備する。 また、当該責任者及び緊急連絡先を変更したときは「H I V感染予防薬提供窓口等変更報告書」(様式1)により富山県厚生部健康課(以下「県健康課」という。)まで報告する。 県健康課は「H I V感染予防薬提供窓口連絡先リスト」を県内関係機関(公的病院、医師会、厚生センター等)に周知するものとする。</p> <p>第8条から第9条 (略)</p> <p>第10条 予防薬等の管理 予防薬配置医療機関は「H I V感染予防薬使用管理簿」(様式5)を作成し、予防薬を適切に管理する。予防薬の使用または提供を行った場合は、曝露当事者から提出された「依頼書」(様式2)、「H I V感染予防薬内服同意書」(様式3)及び「H I V感染予防薬受領書」(様式4)を保管するとともに「H I V感染予防薬払出報告書」(様式6)を用いて速やかに県健康課まで報告する。 また、予防薬配置医療機関において、予防薬在庫の不足が予測される場合は、県健康課へ連絡し、指示を受けるものとする。 なお、予防薬配置医療機関は、予防薬の最終払出しを起算日として、H I V感染予防薬受領書を2年間、H I V感染予防薬使用管理簿を3年間保管するものとする。</p> <p>第11条から第12条 (略)</p> <p>附 則 (略)</p> <p>別紙1</p> <p>配置予防薬(キードラッグとバックボーンから1つずつ選択する)</p> <table border="1" data-bbox="1380 1633 2585 1864"> <thead> <tr> <th>商品名(略名)</th> <th>包装</th> <th>配置数</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ツルバダ(TDF/FTC)</td> <td>30錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>バックボーン</td> </tr> <tr> <td>デシコビHT(FTC/TAF)</td> <td>30錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>バックボーン</td> </tr> <tr> <td>アイセントレス400mg(RAL)</td> <td>60錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>キードラッグ</td> </tr> <tr> <td>アイセントレス600mg(RAL)</td> <td>60錠入(30日分)</td> <td>1箱</td> <td>キードラッグ</td> </tr> </tbody> </table>	商品名(略名)	包装	配置数	備考	ツルバダ(TDF/FTC)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン	デシコビHT(FTC/TAF)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン	アイセントレス400mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ	アイセントレス600mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ	<p>課名の修正</p> <p>課名の修正</p> <p>施行日追加</p> <p>ツルバダ及びアイセントレス600mg削除</p>
商品名(略名)	包装	配置数	備考																																							
ツルバダ(TDF/FTC)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン																																							
デシコビHT(FTC/TAF)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン																																							
アイセントレス400mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ																																							
アイセントレス600mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ																																							
商品名(略名)	包装	配置数	備考																																							
ツルバダ(TDF/FTC)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン																																							
デシコビHT(FTC/TAF)	30錠入(30日分)	1箱	バックボーン																																							
アイセントレス400mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ																																							
アイセントレス600mg(RAL)	60錠入(30日分)	1箱	キードラッグ																																							

別紙2

富山県H I V感染予防薬配置医療機関一覧

令和6年4月1日現在

	医療機関名	住所・連絡先
エイズ治療拠点病院 (中核拠点病院)	富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2丁目2番78号 TEL: 076-424-1531
エイズ治療拠点病院	富山大学附属病院	〒930-0194 富山市杉谷 2630番地 TEL: 076-434-2281

別紙2

富山県H I V感染予防薬配置医療機関一覧

令和2年3月19日現在

	医療機関名	住所・連絡先
エイズ治療拠点病院 (中核拠点病院)	富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2丁目2番78号 TEL: 076-424-1531
エイズ治療拠点病院	富山大学附属病院	〒930-0194 富山市杉谷 2630番地 TEL: 076-434-2281

更新日の修正

様式 1

予防薬配置医療機関 → 県感染症対策課

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症対策課長 殿

H I V 感染予防薬提供窓口等変更報告書

_____ 病院
院長 _____

富山県より配置されたH I V感染予防薬提供窓口の連絡先を下記のとおり変更しましたので報告します。

		変更前	変更後
総括責任者			
診療時間内	時間		
	窓口		
	T E L		
	F A X		
診療時間外	時間		
	窓口		
	T E L		
	F A X		

様式 1

予防薬配置医療機関 → 県健康課

年 月 日

富山県厚生部健康課長 殿

H I V 感染予防薬提供窓口等変更報告書

_____ 病院
院長 _____

富山県より配置されたH I V感染予防薬提供窓口の連絡先を下記のとおり変更しましたので報告します。

		変更前	変更後
総括責任者			
診療時間内	時間		
	窓口		
	T E L		
	F A X		
診療時間外	時間		
	窓口		
	T E L		
	F A X		

課名の修正

依 頼 書

予防薬配置医療機関

病院長 殿

この度、当施設の職員が患者の体液に曝露しました。

つきましては、HIV 感染予防のための内服薬の提供をお願いいたします。

なお、血液検査を実施した場合の費用等については、当施設が責任をもって対応します。

職員名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日	妊娠の有・無 <small>(※女性の為)</small>	有・無 <small>(第 週目)</small>
所属部署			
連絡先電話番号			
参考情報	事故発生日時	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 抗体陽性・HIV 抗体陽性疑・不明	
	その他		

年 月 日

医療機関の名称：_____

所在地：_____

電話番号：_____

医師署名：_____

依 頼 書

予防薬配置医療機関

病院長 殿

この度、当施設の職員が患者の体液に曝露しました。

つきましては、HIV 感染予防のための内服薬の提供をお願いいたします。

なお、血液検査を実施した場合の費用等については、当施設が責任をもって対応します。

職員名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日	妊娠の有・無 <small>(※女性の為)</small>	有・無
所属部署			
連絡先電話番号			
参考情報	事故発生日時	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 抗体陽性・HIV 抗体陽性疑・不明	
	その他		

年 月 日

医療機関の名称：_____

所在地：_____

電話番号：_____

医師署名：_____

妊娠周期の追加

様式3 (略)

様式3 (略)

様式4 予防薬提供希望医療機関 → 予防薬配置医療機関 [保管]

H I V感染予防薬受領書

予防薬配置医療機関
 _____ 病院長 殿

年 月 日

医療機関の名称： _____

予防内服者署名
 (受領時に記入)： _____

以下のH I V感染予防薬を [_____] 日分受領しました。
 (受領時に記入)

※原則平日は1日分、土日祝日及びその前日は、平日受診ができるまでの日数とする

[予防薬配置医療機関 記入欄]

提供薬 (○を記入)	薬剤名	1日量	用法	備考
	ツルバダ (TDF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	バックボーン
	デシコビHT (TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	
	アイセントレス400mg (RAL)	2錠	1回1錠 1日2回	キードラッグ
	アイセントレス600mg (RAL)	2錠	1回2錠 1日1回	

※バックボーンとキードラッグから1つずつ選択する

予防内服者の確認を以下の書類で行なった (○で囲む)

保険証 運転免許証 その他 (_____)

担当者 _____

※1 予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え (コピー) を予防内服者に提供してください。

※2 予防内服者はエイズ治療拠点病院を受診する際は、当該受領書の控え (コピー) を提示してください。

様式4 予防薬提供希望医療機関 → 予防薬配置医療機関 [保管]

H I V感染予防薬受領書

予防薬配置医療機関
 _____ 病院長 殿

年 月 日

医療機関の名称： _____

予防内服者署名
 (受領時に記入)： _____

以下のH I V感染予防薬を [_____] 日分受領しました。
 (受領時に記入)

※原則平日は1日分、土日祝日及びその前日は、平日受診ができるまでの日数とする

[予防薬配置医療機関 記入欄]

提供薬 (○を記入)	薬剤名	1日量	用法	備考
	ツルバダ (TDF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	バックボーン
	デシコビHT (TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	
	アイセントレス400mg (RAL)	2錠	1回1錠 1日2回	キードラッグ
	アイセントレス600mg (RAL)	2錠	1回2錠 1日1回	

※バックボーンとキードラッグから1つずつ選択する

予防内服者の確認を以下の書類で行なった (○で囲む)

保険証 運転免許証 その他 (_____)

担当者 _____

※1 予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え (コピー) を予防内服者に提供してください。

※2 予防内服者はエイズ治療拠点病院を受診する際は、当該受領書の控え (コピー) を提示してください。

表からツルバダ及びアイセントレス600mgの項目削除

様式 5

予防薬配置医療機関【保管】

H I V 感染予防薬使用管理簿

病院

年月日	摘要	ツルバダ			デシコビHT			アイセントレス 400mg			アイセントレス 600mg			記入者
		納入数	払出数	在庫数	納入数	払出数	在庫数	納入数	払出数	在庫数	納入数	払出数	在庫数	
(例)	富山県感染症対策課	30錠		30錠				60錠		60錠				富山 花子
20xx.○.○	△△△医院		1錠	29錠					2	58錠				立山 太郎
	富山県感染症対策課				30錠		30錠							富山 花子
20xx.○.○	□□□病院					1錠	29錠		2錠	56錠				立山 一郎
	富山県感染症対策課										60錠		60錠	富山 花子
20xx.○.○	□□□病院					1錠	28錠					2錠	58錠	立山 一郎

様式 5

予防薬配置医療機関【保管】

H I V 感染予防薬使用管理簿

病院

年月日	摘要	デシコビHT			アイセントレス 400mg			アイセントレス 600mg			記入者
		納入数	払出数	在庫数	納入数	払出数	在庫数	納入数	払出数	在庫数	
(例)	富山県健康課				60錠		60錠				富山 花子
20xx.○.○	△△△医院					2錠	58錠				立山 太郎
	富山県健康課	30錠		30錠							富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	29錠		2錠	56錠				立山 一郎
	富山県健康課							60錠		60錠	富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	28錠					2錠	58錠	立山 一郎

表からツルバダ及びアイセントレス 600 mg の項目削除

様式 6

予防薬配置医療機関 → 県感染症対策課

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症対策課長 殿

H I V 感染予防薬払出報告書

_____ 病院
院長 _____

富山県から配置されているH I V感染予防薬を以下のとおり払い出したので報告いたします。

払出年月日	予防薬提供希望医療機関の名称及び医師氏名	払出薬剤名 払出錠数(合計)			投与日数	払出担当者
		ツルバダ	デシコビHT	アイセントレス		
				400mg 600mg	日分	
				400mg 600mg	日分	
				400mg 600mg	日分	

~~※アイセントレスは使用薬剤の力価を○で囲んでください。~~

様式 6

予防薬配置医療機関 → 県健康課

年 月 日

富山県厚生部健康課長 殿

H I V 感染予防薬払出報告書

_____ 病院
院長 _____

富山県から配置されているH I V感染予防薬を以下のとおり払い出したので報告いたします。

払出年月日	予防薬提供希望医療機関の名称及び医師氏名	払出薬剤名 払出錠数(合計)			投与日数	払出担当者
		ツルバダ	デシコビHT	アイセントレス		
				400mg 600mg	日分	
				400mg 600mg	日分	
				400mg 600mg	日分	

※アイセントレスは使用薬剤の力価を○で囲んでください。

課名変更

表からツルバダ及びアイセントレス600mgの項目削除

HIV感染予防薬提供窓口連絡先リスト

令和6年4月1日現在

	HIV感染予防薬医療機関	所在地	HIV感染予防薬提供窓口			
			診療時間内		診療時間外	
中核拠点	富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2丁目2番78号	時間 8:30~17:15 窓口 薬剤部 TEL 076-424-1531(代表)	時間 左記以外の時間 窓口 薬剤部 TEL 076-424-1531(代表)		
拠点	富山大学附属病院	〒930-0194 富山市杉谷 2630番地	時間 8:30~17:15 窓口 感染症科 TEL 076-434-7246	時間 左記以外の時間 窓口 救急外来 TEL 076-434-2281		

*必ず事前に電話連絡すること(受付部署の確認等)
*「依頼書」、「同意書」、「HIV感染予防薬受領書」を持参すること。

*予防薬服用後の富山県立中央病院受診の際の連絡先
内科(感染症) TEL 076-424-1531(代表)
*予防薬服用後の富山大学附属病院受診の際の連絡先
感染症科 076-434-7246
*本マニュアルに関する問い合わせ先
富山県厚生部健康対策室感染症対策課(TEL:076-444-6920)

HIV感染予防薬提供窓口連絡先リスト

令和2年3月19日現在

	HIV感染予防薬医療機関	所在地	HIV感染予防薬提供窓口			
			診療時間内		診療時間外	
中核拠点	富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2丁目2番78号	時間 8:30~17:15 窓口 薬剤部 TEL 076-424-1531(代表)	時間 左記以外の時間 窓口 薬剤部 TEL 076-424-1531(代表)		
拠点	富山大学附属病院	〒930-0194 富山市杉谷 2630番地	時間 8:30~17:15 窓口 感染症科 TEL 076-434-7246	時間 左記以外の時間 窓口 救急外来 TEL 076-434-2281		

*必ず事前に電話連絡すること(受付部署の確認等)
*「依頼書」、「同意書」、「HIV感染予防薬受領書」を持参すること。

*予防薬服用後の富山県立中央病院受診の際の連絡先
内科(感染症) TEL 076-424-1531(代表)
*予防薬服用後の富山大学附属病院受診の際の連絡先
感染症科 076-434-7246
*本マニュアルに関する問い合わせ先
富山県厚生部健康課(TEL:076-444-4513)

H I V曝露（針刺し）後の予防内服マニュアル

H I V曝露発生時の予防内服フローチャートを参照してください。

(1) ~ (6) 省略

予防薬提供希望医療機関での対応

省略

予防薬配置医療機関での対応

(1) 事前準備

電話で緊急の予防内服の依頼を受けた予防薬配置医療機関は、曝露後できるだけ早く 1 回目の内服が可能となるよう、直ちに予防薬の準備をする。

(2) 予防薬提供

予防薬配置医療機関の担当者は、「依頼書」(様式2)、「H I V感染予防薬内服同意書」(様式3)および「H I V感染予防薬受領書」(様式4)を受け取り確認の上、専門医を受診できるまでに必要な最小限の予防薬(原則、平日1日分、土日祝日及びその前日は平日受診ができるまでの日数分とする。)及び「H I V感染予防薬受領書」の写し(コピー)を提供する。

(3) 予防薬等の管理

H I V曝露（針刺し）後の予防内服マニュアル

H I V曝露発生時の予防内服フローチャートを参照してください。

(1) ~ (6) 省略

予防薬提供希望医療機関での対応

省略

予防薬配置医療機関での対応

(4) 事前準備

電話で緊急の予防内服の依頼を受けた予防薬配置医療機関は、曝露後できるだけ早く 1 回目の内服が可能となるよう、直ちに予防薬の準備をする。

(5) 予防薬提供

予防薬配置医療機関の担当者は、「依頼書」(様式2)、「H I V感染予防薬内服同意書」(様式3)および「H I V感染予防薬受領書」(様式4)を受け取り確認の上、専門医を受診できるまでに必要な最小限の予防薬(原則、平日1日分、土日祝日及びその前日は平日受診ができるまでの日数分とする。)及び「H I V感染予防薬受領書」の写し(コピー)を提供する。

(6) 予防薬等の管理

年月日の変更

課名・電話番号変更

予防薬配置医療機関は「HIV感染予防薬使用管理簿」(様式5)を作成し、予防薬を適切に管理する。予防薬の使用または提供を行った場合は、曝露当事者から提出された「依頼書」(様式2)、「HIV感染予防薬内服同意書」(様式3)及び「HIV感染予防薬受領書」(様式4)を保管するとともに「HIV感染予防薬払出報告書」(様式6)を用いて速やかに県感染症対策課まで報告する。

予防薬配置医療機関は「HIV感染予防薬使用管理簿」(様式5)を作成し、予防薬を適切に管理する。予防薬の使用または提供を行った場合は、曝露当事者から提出された「依頼書」(様式2)、「HIV感染予防薬内服同意書」(様式3)及び「HIV感染予防薬受領書」(様式4)を保管するとともに「HIV感染予防薬払出報告書」(様式6)を用いて速やかに県健康課まで報告する。

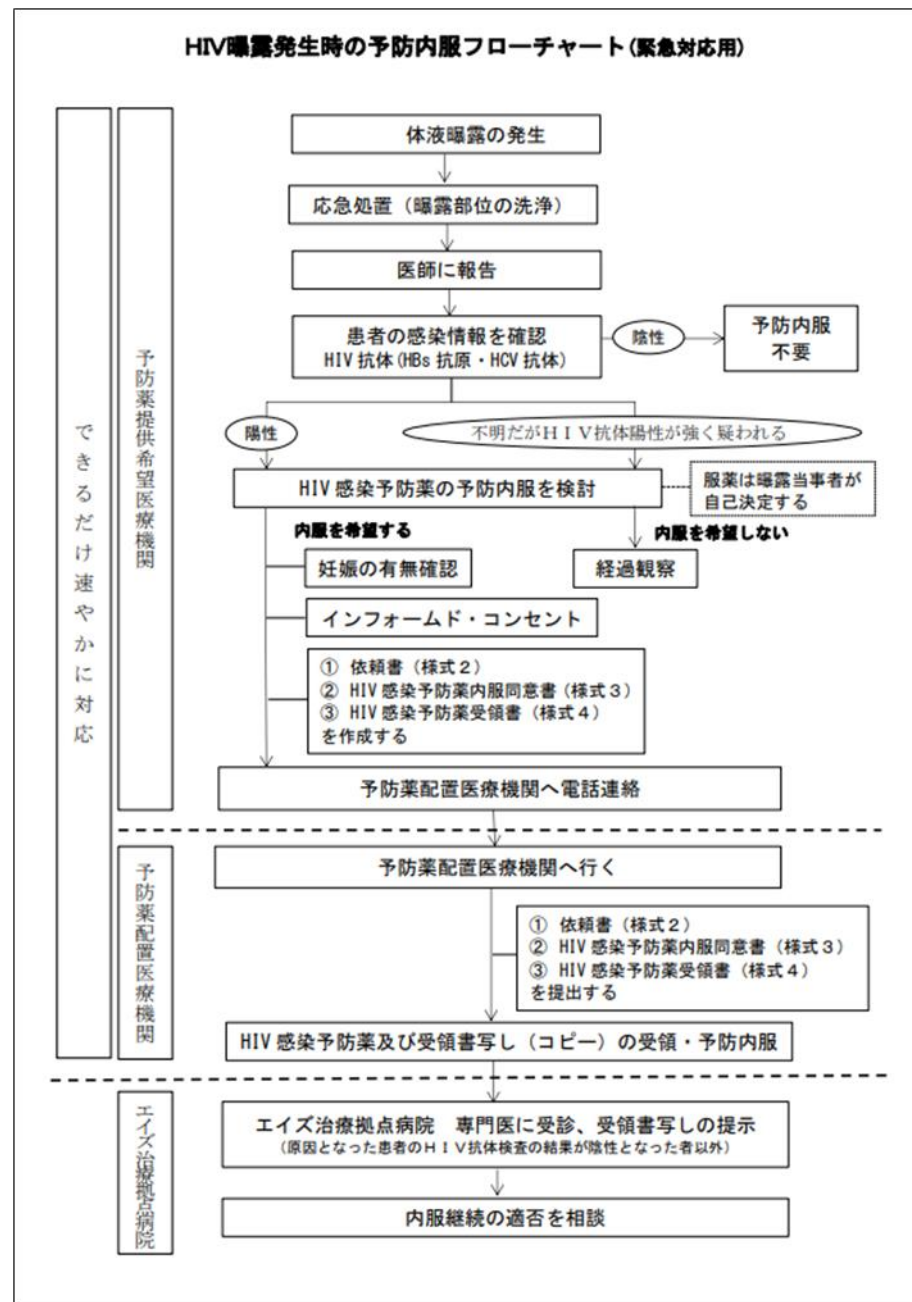
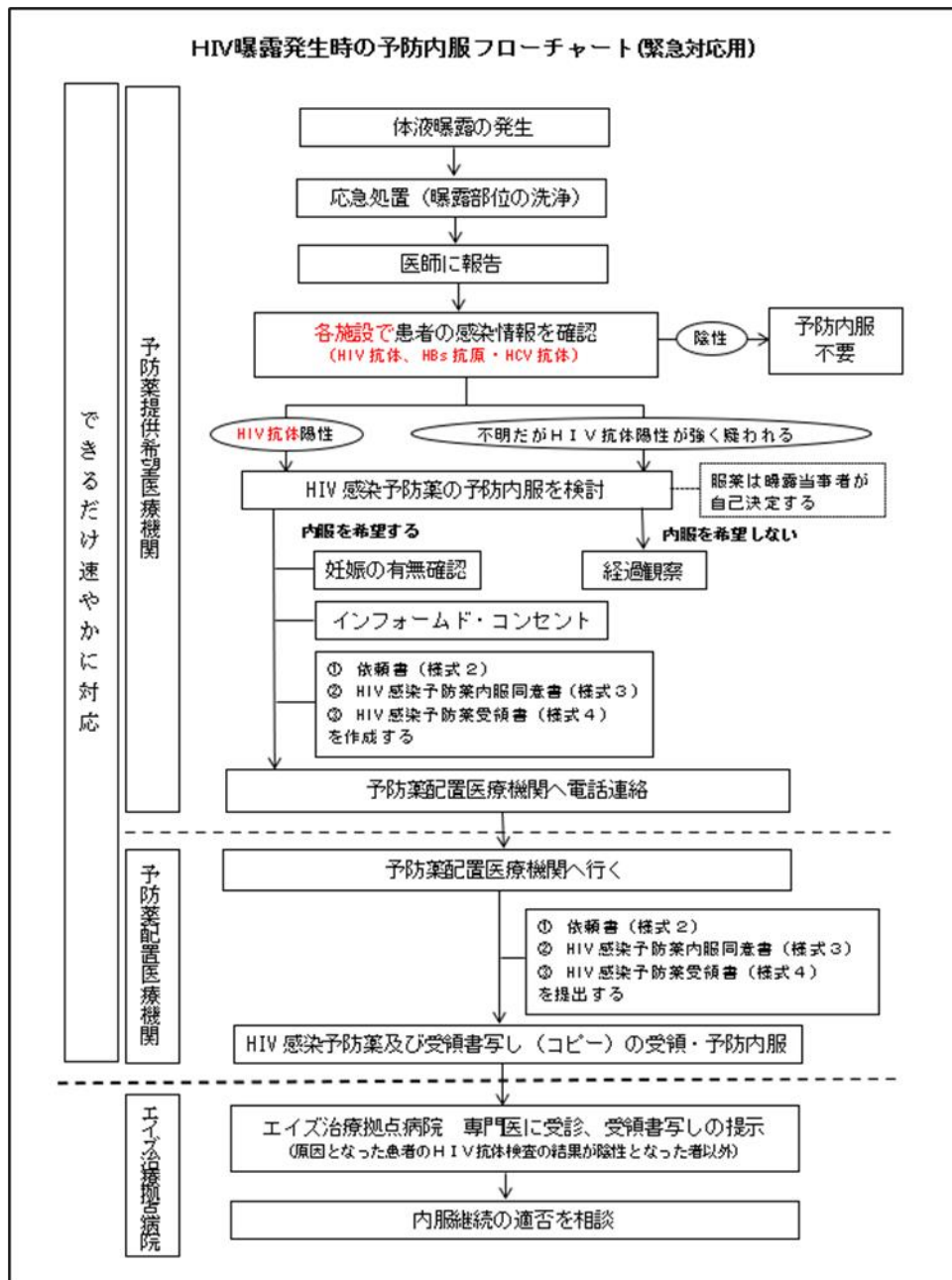
課長名の変更(健康課長から感染症対策課長へ変更)。

エイズ治療拠点病院 専門医の受診
省略

エイズ治療拠点病院 専門医の受診
省略

曝露時の対応フローチャート

曝露時の対応フローチャート (略)



フローチャートの各施設での患者の感染情報の確認の体裁を修正。

曝露(針刺し)時予防内服基準表 (略)

曝露(針刺し)時予防内服基準表 (略)

(削除)

[曝露当事者用]

内服のための説明書 <ツルバダ、アイセントレス 400mg>






※ 代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。(詳細は添付文書参照)

内服の意義

- 針刺しなどでH I V汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、0.5～0.3%とされており、B型肝炎やC型肝炎の同じような曝露の場合の感染リスクに比べそれぞれ1/100～1/10と低いが感染リスクが0%ではありません。
- 今のところ感染が成立してしまった場合、治療できるような治療法は確立されていません。
- 感染直後に予防薬を内服することで感染のリスクを低下させることができます。

内服に当たっての注意点

- 妊娠の有無を確認しました。
この薬剤は、妊娠初期の胎児に対する安全性は確立されていません。
妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。
- B型肝炎であるか確認しました。
B型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ずB型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。
- 予防内服される抗H I V薬

薬剤名	ツルバダ (略名: TDF/FTC)	アイセントレス 400mg (略名: RAL)
剤型		
飲み方	①  ツルバダ 1錠	+  アイセントレス 400mg 1錠
	②  アイセントレス 400mg 1錠	
	• 1日2回 (食事の影響なし) • 1回目は①をできるだけ早く内服する。 • 12時間後に②を内服する。 • その後12時間毎①と②を交互に内服する。	
保存方法	室温保存	
副作用	1: 主な副作用 悪心 下痢 疲労 等 2: 重大な副作用 腎不全又は重度の腎機能障害 肺炎 乳酸アシドーシス 等	1: 主な副作用 悪心 頭痛 不眠症 等 2: 重大な副作用 皮膚粘膜眼症候群 薬剤性過敏症症候群 過敏症 等
注意点	普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。	

ツルバダ内服に係る説明書の削除

(削除)

[曝露当事者用]

内服のための説明書 <ツルバダ、アイセントレス 600mg>





※ 代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。(詳細は添付文書参照)

内服の意義

- 針刺しなどでHIV汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、0.5~0.3%とされており、B型肝炎やC型肝炎の同じような曝露の場合の感染リスクに比べそれぞれ1/100~1/10と低い感染リスクが0%ではありません。
- 今のところ感染が成立してしまった場合、治療できるような治療法は確立されていません。
- 感染直後に予防薬を内服することで感染のリスクを低下させることができます。

内服に当たっての注意点

- 妊娠の有無を確認しました。
この薬剤は、妊婦又は妊娠している可能性のある女性に対する安全性は確立されていません。妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。
- B型肝炎であるか確認しました。
B型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ずB型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。
- 予防内服される抗HIV薬

薬剤名	ツルバダ (略名:TDF/FTC)	アイセントレス 600mg (略名:RAL)
剤型		
飲み方	 ツルバダ 1錠	+  アイセントレス 600mg 2錠
	• 1日1回 (食事の影響なし) • <u>毎日同じ時間に内服する。</u>	
保存方法	室温保存	
副作用	1: 主な副作用 悪心 下痢 疲労 等 2: 重大な副作用 腎不全又は重度の腎機能障害 肺炎 乳酸アシドーシス 等	1: 主な副作用 悪心 頭痛 腹痛 等 2: 重大な副作用 皮膚粘膜眼症候群 薬剤性過敏症候群 過敏症 等
注意点	普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。	

ツルバダ内服に係る説明書の削除

[曝露当事者用]

内服のための説明書 <デシコビ HT、アイセントレス 400mg>

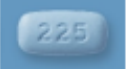

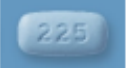


※ 代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。(詳細は添付文書参照)

内服の意義

- 針刺しなどで HIV 汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、約 0.3%とされており、B 型肝炎や C 型肝炎の同じような曝露の場合の感染リスクに比べそれぞれ 1/100~1/10 と低い感染リスクが 0%ではありません。
- 今のところ感染が成立してしまった場合、治療できるような治療法は確立されていません。
- 感染直後に予防薬を内服することで感染のリスクを低下させることができます。

内服に当たっての注意点

- 妊娠の有無を確認しました。
この薬剤は、妊婦又は妊娠している可能性のある女性に対する安全性は確立されていません。妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。
- B型肝炎であるか確認しました。
B型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ず B型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。
- 予防内服される抗 HIV 薬

薬剤名	デシコビ HT (略名: TAF/FTC)	アイセントレス 400mg (略名: RAL)
剤型		
飲み方	①  +  デシコビ HT 1錠 + アイセントレス 400mg 1錠	
	②  アイセントレス 400mg 1錠	
	<ul style="list-style-type: none"> • 1日2回 (食事の影響なし) • 1回目は①をできるだけ早く内服する。 • 12時間後に②を内服する。 • その後12時間毎①と②を交互に内服する。 	
保存方法	室温保存	
副作用	1: 主な副作用 悪心 下痢 疲労 等 2: 重大な副作用 腎不全又は重度の腎機能障害 乳酸アシドーシス 等	1: 主な副作用 悪心 頭痛 不眠症 等 2: 重大な副作用 皮膚粘膜眼症候群 薬剤性過敏症候群 過敏症 等
注意点	普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。	

[曝露当事者用]

内服のための説明書 <デシコビ HT、アイセントレス 400mg>

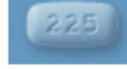

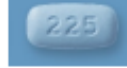


※ 代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。(詳細は添付文書参照)

内服の意義

- 針刺しなどで HIV 汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、0.5~0.3%とされており、B 型肝炎や C 型肝炎の同じような曝露の場合の感染リスクに比べそれぞれ 1/100~1/10 と低い感染リスクが 0%ではありません。
- 今のところ感染が成立してしまった場合、治療できるような治療法は確立されていません。
- 感染直後に予防薬を内服することで感染のリスクを低下させることができます。

内服に当たっての注意点

- 妊娠の有無を確認しました。
この薬剤は、妊婦又は妊娠している可能性のある女性に対する安全性は確立されていません。妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。
- B型肝炎であるか確認しました。
B型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ず B型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。
- 予防内服される抗 HIV 薬

薬剤名	デシコビ HT (略名: TAF/FTC)	アイセントレス 400mg (略名: RAL)
剤型		
飲み方	①  +  デシコビ HT 1錠 + アイセントレス 400mg 1錠	
	②  アイセントレス 400mg 1錠	
	<ul style="list-style-type: none"> • 1日2回 (食事の影響なし) • 1回目は①をできるだけ早く内服する。 • 12時間後に②を内服する。 • その後12時間毎①と②を交互に内服する。 	
保存方法	室温保存	
副作用	1: 主な副作用 悪心 下痢 疲労 等 2: 重大な副作用 腎不全又は重度の腎機能障害 乳酸アシドーシス 等	1: 主な副作用 悪心 頭痛 不眠症 等 2: 重大な副作用 皮膚粘膜眼症候群 薬剤性過敏症候群 過敏症 等
注意点	普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。	

抗 HIV 治療ガイドラインの改正に伴い、HIV 汚染血液に曝露された場合の感染のリスクのパーセンテージの表記変更。

