

## 抗インフルエンザウイルス剤予防投与の説明と承諾書

### 1、目的

インフルエンザ発症者と濃厚な接触があったと考えられる場合、48時間以内に抗インフルエンザウイルス剤の投与をすることで発症の確立を下げる事が証明されています。

今回、インフルエンザ発症者との濃厚接触があったと考えられるため、発症の予防、院内感染の拡大を防止する目的で抗インフルエンザウイルス剤の投与を推奨します。

### 2、有効性

国内で実施された臨床試験で、インフルエンザ感染症発症率はタミフル<sup>®</sup>で投与群 1.3%、プラセボ(偽薬)群 8.5%。18歳以上の医療従事者を対象とした国内試験で、インフルエンザ感染症発症率は、リレンザ<sup>®</sup>投与群 1.9%、プラセボ(偽薬)群 3.8%で、それぞれ予防効果が確認されています。

インフルエンザウイルス感染症に対する**予防効果は、本剤を連続し服用している期間のみ持続**します。

### 3、安全性(添付文書から抜粋)

国内予防試験において発現した主な有害事象は以下の通りで、安全性には問題が無いと考えられています。

タミフル<sup>®</sup>は、内服により下痢、悪心、腹痛など胃腸障害が報告されています。まれにショック、アナフラキシー様症状、皮膚粘膜眼症候群、中毒性表皮壊死融解症、多形紅斑、肝機能障害、精神・神経症状、血小板減少などの重大な副作用が報告されています。

リレンザ<sup>®</sup>は、吸入により0.1~1%程度過敏症による発疹、下痢、悪心、嘔吐など胃腸障害が報告されています。まれにショック、アナフラキシー、呼吸困難、気管支攣縮、皮膚粘膜眼症候群、中毒性表皮壊死融解症、多形紅斑といった重大な副作用が報告されています。

### 4、費用について

予防内服の費用は自己負担。 金額 円

---

## 抗インフルエンザウイルス剤予防投与に関する承諾書

院長 殿

私は、抗インフルエンザウイルス剤 予防投与について、

担当者から予防の目的、有効性、安全性、使用方法について十分な説明を受けました。説明を理解した上で、

抗インフルエンザウイルス剤の投与を  希望します。  希望しません。

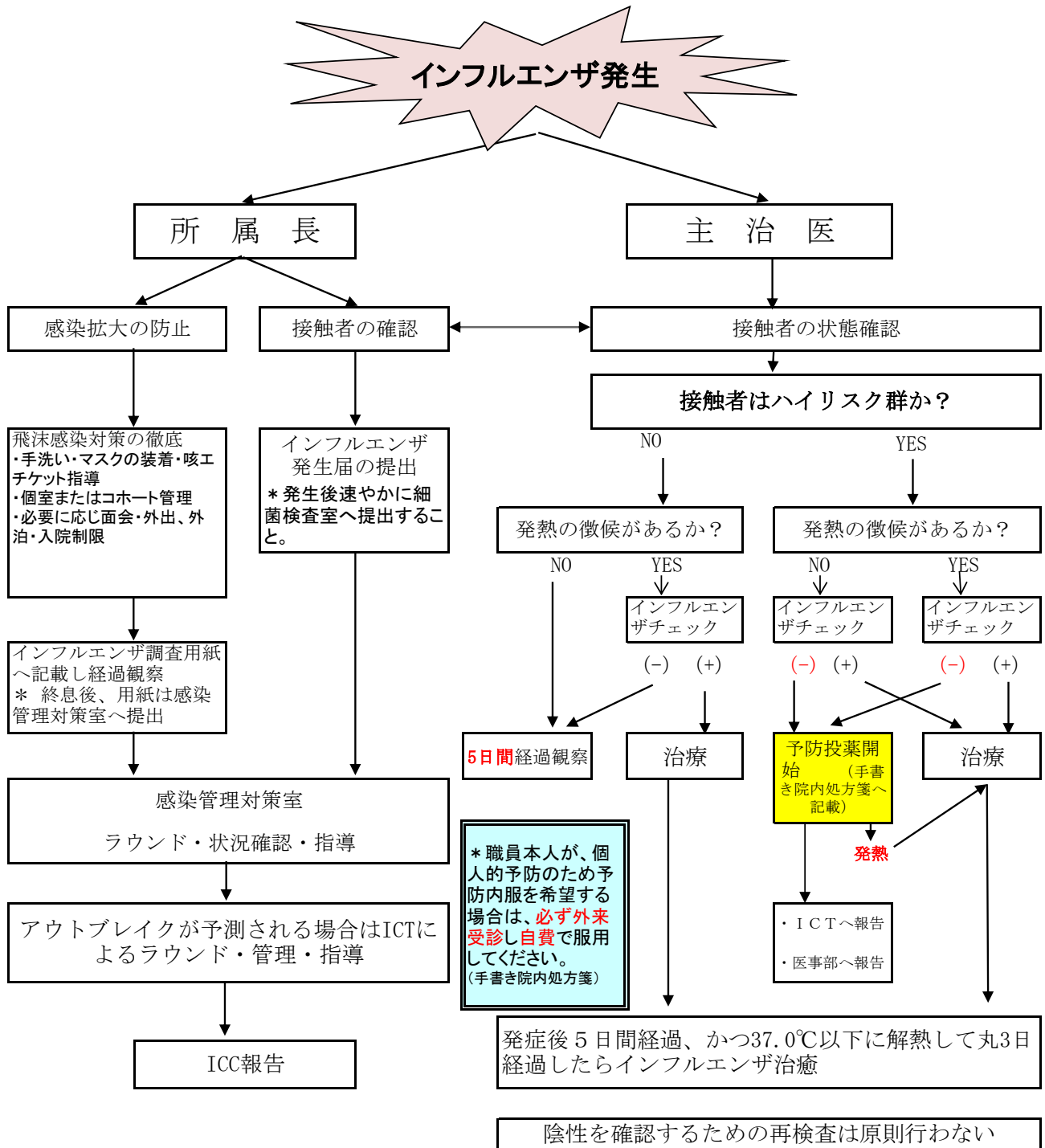
年 月 日

説明者氏名 \_\_\_\_\_

本人又は保護者(署名) \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

院内感染対策委員会

# インフルエンザ発生時報告・予防内服フローチャート



\* 基本的には、予防投与は病院負担。また、治療が必要な場合であっても感染源が明らかに院内感染と特定される場合は、治療費は病院負担となる。その場合は、必ず医事部へ連絡する。個人請求しない場合、処方入力はおオーダーリングではなく、手書き院内処方箋を使用すること。

\* 所属長は該当する職員のインフルエンザ迅速検査が陽性の場合には必ず休暇を与える。ただし、検査が陰性の場合でも有症状であれば同様に休暇を与え、患者や他の職員への二次感染を防ぐ。

\* 同室者がインフルエンザを発症した場合、該当する患者を個室に移動した後は、可能な限り新規入院・転床を避け、同室者の経過を注意深く観察する。同室者に感染を認めた場合はコホート管理を行う。

注 インフルエンザ検査を提出する際は、発熱発症から6～8時間経過した後に提出する。（発熱直後はウイルス量が少ないため (-) となってしまう） また、夜間発熱した場合は、夜間に検査せず翌朝提出すること。発熱が続く場合で、他に熱源がない場合は再度インフルエンザ検査する。