

Information und Einverständniserklärung zur HIV-Postexpositionsprophylaxe

1. Die Medikamente sind für die Indikation der HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) noch nicht offiziell zugelassen, werden aber vom Robert-Koch-Institut dafür empfohlen. Daher ist die HIV-PEP nur gerechtfertigt bei hohem Übertragungsrisiko, d.h. bei sicher HIV-positivem Indexpatienten oder eindeutigen klinischen Hinweisen auf eine HIV-Infektion beim Indexpatienten.
2. Die Wirksamkeit der HIV-PEP ist wahrscheinlich, aber nicht hundertprozentig. Über Nebenwirkungen und Risiken gibt es nur begrenzte Erfahrungen, Langzeitschäden sind nicht zu erwarten.
3. Empfohlene Medikamente:
Crixivan 800 mg 3-mal täglich, auf nüchternen Magen,
Combivir 450 mg (= Retrovir + Epivir) 2-mal täglich zu den Mahlzeiten
Empfohlene Dauer der HIV-PEP: 4 Wochen
4. Mögliche Nebenwirkungen: Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, grippeähnliche Symptome, Blutbildveränderungen, erhöhte Leber-, Nieren-, Blutzucker- und Blutfettwerte, Nierensteine, Lipodystrophie. Das Befinden und die Laborwerte normalisieren sich im allgemeinen rasch nach Absetzen der Medikamente. Reichliches Trinken ist wichtig. Siehe auch Packungsbeilage.
5. Bei einer Schwangerschaft sollte nur Combivir gegeben werden, da eine Fruchtschädigung durch Crixivan nicht auszuschließen ist.
6. Verlässliche Empfängnisverhütung für Frauen und Männer während der HIV-PEP. Bis 3 Monate nach Verletzung „safer sex“.
7. Bis 12 Monate nach Verletzung keine Blutspende.
8. In jedem Fall Vorstellung am nächsten Arbeitstag in der BU (Betriebsärztliche Untersuchungsstelle), da dort die PEP weitergeführt werden muß. Die Weiterführung der PEP liegt in der Verantwortung der BU in Absprache mit den Infektiologen.
9. Laborkontrollen von Blutbild, Leber- und Nierenwerten bis 14 Tage nach Beendigung der PEP, HIV-Serologie-Kontrollen in den folgenden 6 Monaten in der BU.

Ich bin über die oben erläuterte medikamentöse postexpositionelle HIV-Prophylaxe aufgeklärt.

Ich wünsche sie Ich wünsche sie nicht .

Unterschrift des Beschäftigten:.....Datum:.....

Unterschrift des aufklärenden Arztes:.....