

人類免疫缺乏病毒預防性投藥服務通知

醫事機構名稱：_____

聯絡人：_____

連絡電話：_____

1. 申請服務

- 「暴露愛滋病毒前預防性投藥(Pre- exposure prophylaxis, PrEP)」醫療服務

有意願，自____年____月____日起提供服務時間如下：

請提供醫師的門診服務時間：(若不敷填寫，請自行增列)

醫師：_____；門診時間：_____

醫師：_____；門診時間：_____

- 「非職業暴露愛滋病毒後預防性投藥(Non- occupational post- exposure prophylaxis, nPEP)」醫療服務

有意願，自____年____月____日起提供服務時間如下：

一、請提供醫師的門診服務時間：(若不敷填寫，請自行增列)

醫師：_____；門診時間：_____

醫師：_____；門診時間：_____

二、急診有無提供此項服務：有；無

2. 停止服務，自____年____月____日起停止提供以下服務：

- 「暴露愛滋病毒前預防性投藥(Pre- exposure prophylaxis, PrEP)」醫療服務

- 「非職業暴露愛滋病毒後預防性投藥(Non- occupational post- exposure prophylaxis, nPEP)」醫療服務

說明：請醫事機構辦理預防性投藥服務前，提供醫師與相關服務人員取得愛滋病毒預防性投藥相關繼續教育訓練達 2 小時以上之證明文件，及勾選本表有意願辦理預防性投藥服務之項目，一併函文通知所轄地方政府衛生局，副知本署。停止服務時，亦請將本表函文通知所轄地方政府衛生局，並副知本署。