

精密検査(確認検査)におけるHTLV-1抗体検査結果が 陽性であった妊婦の方へ

あなたから採血して調べた精密検査(確認検査)におけるHTLV-1抗体検査の結果は陽性でした。この結果は、「HTLV-1に感染している可能性が高いことを意味し、あなたはHTLV-1キャリアであると考えられます。

HTLV-1は主に母乳を介して母子感染します。

愛知県では、出産後の赤ちゃんの栄養方法の選択、そして選択した栄養方法を完遂するための相談や、自分自身や家族の健康など、あなたの不安に対する身近な相談先として、お住まいの保健機関(市町村保健センター等)をご案内しております。

保健機関での相談を希望される場合は、下記太枠内を御記入いただき、主治医あるいは看護師に御提出下さい。

また、今回何らかの理由で連絡を希望されない場合でも、いつでも保健機関にサポートを依頼することができます。

なお、相談内容については、プライバシーに配慮し秘密は厳守いたします。

HTLV-1抗体検査結果等に関する情報提供について

主治医 殿

私のHTLV-1抗体検査結果等(裏面の内容)について、保健機関(機関名)に対して情報提供することを同意します。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

連絡先(電話番号)

医療機関名：

担当医師(説明者)氏名：

連絡先(電話)：

市町村への連絡票

1 ふりがな
氏名(母)

2 HTLV-1 抗体検査結果

○スクリーニング検査 実施日(平成 年 月 日) 結果:陽性

○確認検査(WB法) 実施日(平成 年 月 日)

結果(いずれかに○をつける)

陰性 陽性 判定保留

(PCR検査の結果:)

3 選択した栄養方法

①人工栄養 ②短期母乳栄養(90日未満) ③凍結母乳栄養 ④未定(考え中)

4 HTLV-1 についてあなた(母)が相談している人(複数回答可)

①夫 ②実母 ③実父 ④友人

⑤医療機関のスタッフ(医師・看護師・助産師・その他)

⑥誰もいない ⑦その他()

5 妊娠週数または出産日

◆妊娠週数 _____ 週

◆出産(予定)年月日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介医療機関名 _____