

**WYPEŁNIA OSOBA EKSPONOWANA**

Rzeszów, dnia .....

**Zgoda osoby eksponowanej na zastosowanie profilaktyki poekspozycyjnej**

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie (osoby eksponowanej)

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przyjmowanie leków antyretrowirusowych i zostałem/łam poinformowany/a o możliwych skutkach ubocznych działania ww. Leków.

.....

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczam, że nie wyrażam zgody na przyjmowanie leków antyretrowirusowych i zostałem/łam poinformowany/a o możliwych skutkach nie przyjęcia w/w leków po ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny.

.....

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie