

**หนังสือแสดงความยินยอมตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับ ผู้ขอตรวจเลือดรายบุคคล
โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี**

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ).....อายุ.....ปี โทรศัพท์.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....
เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ข้าพเจ้า () ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี” แล้ว () ไม่ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี”
อย่างไรก็ดี () มีผู้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี” ให้ฟังแล้ว ผู้อ่านให้ฟัง คือ (ระบุ).....
ข้าพเจ้า () ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับ ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ ทางแพทย์แล้ว
ข้าพเจ้า () มีโอกาสซักถาม และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี นี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ
จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด หรือตามหน้าที่ หรือ เมื่อมีข้อบ่งชี้
และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคหรือฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า () มีความประสงค์จะขอรับการตรวจหาการติดเชื้อ เอช ไอ วี จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้ หรือ
ข้าพเจ้า () ยินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว.....ซึ่งเป็น เด็กอายุน้อยกว่า สิบแปดปี
หรือ ยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือ เป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ที่ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง/ดูแล
ของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวี จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ ข้าพเจ้า () ไม่ประสงค์ หรือ ไม่ยินยอมให้มีการตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวี จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีความประสงค์หรือยินยอมให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้ ข้าพเจ้าทราบ
และเข้าใจดีว่า ข้าพเจ้า ได้รับผลกระทบต่างๆ ตาม (4) ในข้อความรู้ก่อนตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้

ข้าพเจ้า () ต้องการทราบ ผลการตรวจ () ไม่ต้องการทราบ ผลการตรวจเลือด

ลงนาม.....

(.....)

() ผู้ขอรับการตรวจหรือ () ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น.....

() บิดา () มารดา () ผู้ปกครอง () ผู้แทนโดยชอบธรรม () อื่นๆ ระบุ.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม.....พยาน

(.....)

แบบบันทึกการให้บริการปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

(Pretest HIV Counseling)

โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ชื่อผู้รับบริการ..... HN..... อายุ.....

เลขประจำตัวประชาชน..... เบอร์โทรศัพท์..... หน่วยงาน.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

วันที่มารับบริการปรึกษา.....ครั้งที่.....ระยะเวลาตั้งแต่.....ถึง.....

คำถามประเมินผู้รับบริการ ☐ ไม่สามารถประเมินได้	คำถามประเมินปัจจัยเสี่ยง ☐ ไม่สามารถประเมินได้
1.ทราบหรือไม่ว่าจะได้รับการตรวจHIV ☐ รับทราบและเข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ	1.ภายใน 1เดือนท่านมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
2.ทราบหรือไม่เพราะอะไรจึงตรวจ ☐ รับทราบและเข้าใจ ☐ ไม่เข้าใจ	มีกับ ☐ คู่ของตนเอง ☐ ผู้อื่นที่ไม่ใช่คู่ของตน ☐ เพศเดียวกัน
3.มีอะไรสอบถามเพิ่มเติมไหม ☐ ไม่มี ☐ มี/กังวลผลเลือดจะผิดปกติ	ใช้ถุงยางอนามัย ☐ ทุกครั้ง ☐ บางครั้ง ☐ ไม่ใช้
4.พร้อมรับการตรวจหรือไม่ ☐ พร้อม ☐ ไม่พร้อม(ส่งกลับพบแพทย์)	2.ใน6เดือนเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน ☐ ไม่มี ☐ มี
5.ถ้าพร้อมให้ลงนามเพื่อยืนยันในใบยินยอมตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	3.มีประวัติเจ็บป่วย เช่น วัณโรค สุกใส เชื้อราในปาก ☐ ไม่มี ☐ มี
	4.ประวัติใช้สารเสพติด ใช้เข็ม/กระบอกฉีดยา/อื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี
	5.สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ☐ ไม่มี ☐ มี

ระบุกลุ่มผู้รับบริการ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ 1.มีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง | ☐ 5.คู่ของผู้ติดเชื้อ | ☐ 9.ผู้ต้องขัง (Prisoner) | ☐ 13.ตรวจก่อนทำหัตถการ ระบุ..... |
| ☐ 2.Check up | ☐ 6.คลอดจากแม่ติดเชื้อ | ☐ 10.หญิงข้ามเพศ (TGW) | ☐ 14.ใช้สารเสพติดชนิดฉีด/อื่นๆ..... |
| ☐ 3.ตั้งครรภ์(ANC) | ☐ 7.บุคลากรทางการแพทย์ | ☐ 11.ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย | ☐ 15.เพื่อวินิจฉัย/สงสัย/มีอาการ..... |
| ☐ 4.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | (oPEP) | (MSM) | ☐ 16.อื่นๆระบุ..... |
| ☐ 8. OSCC | ☐ 12.ขายบริการ | | |

แนวทางการช่วยเหลือ/แก้ไขร่วมกับผู้รับบริการ

- () พุดคุยเพื่อคลายความวิตกกังวล (supportive)
- () ให้การศึกษา / การดูแลสุขภาพเรื่อง
- () เทคนิคคลายเครียด
- () ประเมินปัญหาด้านจิตใจ สังคม /ซึมเศร้า/ฆ่าตัวตาย
- () ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....
- () ส่งต่อ.....
- () อื่นๆ.....

สรุปผลการให้การปรึกษา/การวางแผนดำเนินชีวิต

แผนการนัดหมายครั้งต่อไป.....

ปิด case () ส่งต่อ () ดีขึ้น

ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการปรึกษา.....

ลงนาม.....

(.....)

() ผู้ขอรับการปรึกษาหรือ () ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการปรึกษาโดยเป็น.....

() บิดา () มารดา () ผู้ปกครอง () ผู้แทนโดยชอบธรรม

() อื่นๆ ระบุ.....

ผลการตรวจเลือด

- () Positive () Negative
- () Inconclusive () อื่นๆ

จ่ายถุงยางอนามัย.....ชิ้น

ปัญหาการปรับตัว

- () การดูแลสุขภาพ
- () ด้านจิตใจ
- () การเงิน/การทำงาน
- () ความสัมพันธ์ในครอบครัว
- () การเข้าสังคม
- () กิจวัตรประจำวัน
- () อื่นๆ.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ