**แบบบันทึกการให้คำปรึกษาและขอคำยินยอมเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี**

**(Voluntary Counseling for HIV Testing and Informed Consent)**



|  |  |
| --- | --- |
| **ส่วนที่ 1 การให้คำปรึกษา** ชื่อ-สกุล................................................เบอร์โทร.................................. | **วันที่............เดือน..............................ปี....................เวลา.................น.** |
| **1.Pre-counselling**แจ้งวันนี้จะมีการตรวจเชื้อเอชไอวี**1.1** คุณเคยตรวจและทราบผลHIVมาก่อนไหมO ไม่เคย O เคยเมื่อ......................................... 1.2 ทราบเหตุผลหรือไม่ ว่าเพราะอะไรจึงตรวจ HIV O รับทราบและเข้าใจ O ไม่ทราบ (ได้รับการอธิบายเพิ่ม)1.3 คุณรู้จักและเข้าใจเรื่องเอชไอวี(เราจะได้รับเชื้อ 3 ทาง เท่านั้น คือ ร่วมเพศ ร่วมเข็ม ร่วมเลือด) O รับทราบและเข้าใจ O ไม่ทราบอธิบายเพิ่ม1.4 ประเมินความเสี่ยงที่ผ่านมา1. ภายใน 3 เดือนท่านมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย Oไม่มีเพศสัมพันธ์ Oไม่ใช่ Oใช่ระบุ  มีเพศสัมพันธ์สามี/ภรรยา  มีเพศสัมพันธ์กับคู่มากกว่า1คน
2. เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ O ไม่มี O มีระบุ..........................................
3. ประวัติการใช้สารเสพติด ใช้เข็ม/กระบอกฉีดยา O ไม่มี O มีระบุ..........................................
4. สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ O ไม่มี O มีระบุ..........................................

 จ. ให้ประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองให้คะแนน 1-10 (1น้อยที่สุด 10มากที่สุด ) คิดว่าตนเองมีคะแนนเสี่ยง=....................1.5 แจ้งให้ทราบว่าผลและการปฏิบัติตนหลังทราบผลตรวจOรับทราบและเข้าใจ O ไม่เข้าใจ (ได้รับการอธิบายเพิ่ม)- ผลบวก คือ ติดเชื้อเอชไอวี ให้รีบรักษาป้องกันการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส- ผลลบ คือ ไม่ติดเชื้อเอชไอวี แนะนำการป้องกันไม่ติดเชื้อตลอดชีวิต(ใช้ถุงยางอนามัย,มีคู่คนเดียว,การใช้เข็มร่วมกับผู้อื่นหากพบว่ามีความเสี่ยงให้รีบมาปรึกษา)1.6 มีความกังวลใจหรือไม่ เช่น กลัวเจ็บ กลัวคนรู้ กลัวผลบวก การรักษาความลับ Oไม่มี O มี..........................................1.7 ยินยอมในการเจาะเลือดตรวจโดยสมัครใจ พร้อมนัดหมายฟังผลหรือไม่ O พร้อม O ไม่พร้อมตรวจ รายงานแพทย์/ส่งต่อห้องให้คำปรึกษา |
| **2. ระบุกลุ่มผู้รับบริการ** **กลุ่มเป้าหมาย (Key population)** 1. คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (couple HIV) 2. MSM (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย)  3. FSW (พนักงานบริการหญิง)  4. PWID/PWUD (ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด/กิน)  5. Migrants (ประชากรข้ามชาติ)  6. Prisoners (ผู้ต้องขัง) 7. ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(STD) | **กลุ่มจำเป็น** 9. หญิงตั้งครรภ์ 10. คู่หญิงตั้งครรภ์  11. มาบริจาคเลือด 12. กลุ่มผู้มาผ่าตัดหรือทำหัตถการ(ไม่เคยตรวจในรอบ 3เดือน)**กลุ่มอื่นๆ******13. เยาวชนทั่วไปอายุ 12-24 ปี14. ประชาชนทั่วไป **15.............................................** |
| **ส่วนที่ 2การให้คำยินยอมตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Informed Consent for HIV Testing)** |
| **2.1 การให้คำยินยอมสำหรับผู้ป่วย**ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ(ระบุ)อายุปี เบอร์โทร. ได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีนี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากการยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด หรือตามหน้าที่ หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรค หรือฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้าณ ที่นี้ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เข้าใจและขอแสดงความ ( ) ยินยอม ให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ( ) ไม่ยินยอม ให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ......................................................... .................................................... ............./............./............... .................น.  ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ ลายมือชื่อผู้รับบริการ วัน เดือน ปี เวลา( ) ผู้รับบริการ มาคนเดียว( ) ผู้รับบริการ มากับญาติ .......................................................... .......................................... .............................. .........../.........../.......... .............น. ชื่อ-สกุลพยาน ความสัมพันธ์ ลายมือชื่อพยาน วัน เดือน ปี เวลา  .......................................................... ..................................... .................................. .........../.........../.......... .............น. ชื่อ-สกุล (เจ้าหน้าที่รพ.ผู้ให้คำปรึกษา) ตำแหน่ง ลายมือชื่อผู้ให้คำปรึกษา วัน เดือน ปี เวลา  |

|  |
| --- |
| **2.2 ความยินยอมในการเปิดเผยผลเลือด**( ) ข้าพเจ้า ยินยอมให้เปิดเผยผลการตรวจเลือดของข้าพเจ้าต่อนาย/นาง/นางสาว............................................................ ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น..................................................................ของข้าพเจ้า( ) ข้าพเจ้า ยังไม่ประสงค์จะเปิดเผยผลการตรวจเลือดกับผู้ใด |
| **2.3 การให้คำยินยอม สำหรับผู้แทนผู้รับบริการ**ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้รับบริการ (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบและแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาดังกล่าว.......................................................................... .............................................. ........................................ .............../............../............. ...............น. ชื่อ-สกุลผู้แทนผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ ลายมือชื่อ วัน เดือน ปี เวลา โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยตนเอง( ) ผู้รับบริการเป็นเด็ก มีอายุน้อยกว่า 15 ปีบริบูรณ์ (กรณีผู้มาขอรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 15-17 ปี ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ถ้าหากผู้มาขอตรวจเข้าใจเรื่องการติดเชื้อและความหมายของการตรวจเลือด และเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยไม่ใช่การทำนิติกรรม)( ) เป็นผู้บกพร่องทางร่างกายและทางจิตใจ ระบุ.( ) อยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์/สับสน( ) ผู้รับบริการไม่รู้สึกตัว ( ) อื่นๆ ระบุ. |
| **2.4การให้คำยินยอม สำหรับแพทย์ผู้รักษา** ( ) ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ และ/หรือ ไม่มีผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในขณะนั้น ข้าพเจ้าในฐานะแพทย์ผู้ทำการรักษา มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อมิให้เกิดอันตรายหรือผลเสียหายรุนแรงแก่ผู้ป่วย โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ดังนี้.รักษาโดยวิธีการ............................................................................................... ........................................ .............../............../............. ...............น. ชื่อ-สกุลแพทย์ผู้ทำการรักษา ลายมือชื่อ วัน เดือน ปี เวลา โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยตนเอง( ) ผู้รับบริการเป็นเด็ก มีอายุน้อยกว่า 15 ปีบริบูรณ์ (กรณีผู้มาขอรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุ 15-17 ปี ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ถ้าหากผู้มาขอตรวจเข้าใจเรื่องการติดเชื้อและความหมายของการตรวจเลือด และเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยไม่ใช่การทำนิติกรรม)( ) เป็นผู้บกพร่องทางร่างกายและทางจิตใจ ระบุ.( ) อยู่ในสภาพที่สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์/สับสน( ) ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ( ) อื่นๆ ระบุ. |