แบบบันทึกการให้คำปรึกษาและขอคำยินยอมเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี
(Voluntary Counseling for HIV Testing and Informed Consent)

M3.1.

ส่วนที่ 1 การให้คำปรึกษา ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร..... **วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....น.**

1.Pre-counsellingแจ้งวันนี้จะมีการตรวจเชื้อเอชไอวี

1.1 คุณเคยตรวจและทราบผลHIVมาก่อนไหม O 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 ไม่ทราบอธิบายเพิ่ม

1.4 ประเมินความเสี่ยงที่ผ่านมา

ก. ภายใน 3 เดือนท่านมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย Oไม่มีเพศสัมพันธ์ Oไม่ใช่ Oใช่ระบุ ☐ มีเพศสัมพันธ์สามี/ภรรยา ☐ มีเพศสัมพันธ์กับคู่มากกว่า1คน

ข. เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ O ไม่มี O มีระบุ.....

ค. ประวัติการใช้สารเสพติด ใช้เข็ม/กระบอกฉีดยา O ไม่มี O มีระบุ.....

ง. 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 การให้คำยินยอม[สำหรับผู้ป่วย]

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ(ระบุ)อายุปี เบอร์โทร ได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีนี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากการยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด หรือตามหน้าที่ หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรค หรือฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ณ 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 <u>สำหรับผู้แทนผู้รับบริการ</u>

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 <u>สำหรับแพทย์ผู้รักษา</u>

( ) ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ และ/หรือ ไม่มีผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในขณะนั้น ข้าพเจ้าในฐานะแพทย์ผู้ทำการรักษา มีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อมิให้เกิดอันตรายหรือผลเสียหายรุนแรงแก่ผู้ป่วย โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ดังนี้

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