

หนังสือแสดงความยินยอม

ข้าพเจ้า นางสาว / นาง / นาย อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ ซอย / ตรอก ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง
อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ข้าพเจ้า (.....) ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี” แล้ว

(.....) ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรรู้ก่อนการตรวจเลือด เอชไอวีแล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจเอ็ดส์จากสถานพยาบาล / สถาบันแห่งนี้ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจเอ็ดส์นี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด หรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า (.....) ต้องการทราบผลการตรวจ* (.....) ไม่ต้องการทราบผลการตรวจ
ลงนาม ลงนาม
(.....) (.....)
ผู้ขอรับการตรวจ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แจ้งผลเลือดแก่

(.....) คู่สมรสของข้าพเจ้า คือ (.....) ญาติของข้าพเจ้า คือ
(.....) นายจ้างของข้าพเจ้า คือ (.....) อื่น ๆ ได้แก่

ลงนาม ลงนาม
(.....) (.....)
ผู้ขอรับการตรวจ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม
(.....) พยาน
วันที่ เดือน พ.ศ.

แบบซักประวัติ

หน่วยงาน / แผนกที่ส่งต่อ :

- หน่วยบริการ หรือ คลินิกภายในโรงพยาบาล
 การออกพื้นที่โดยหน่วยบริการ

การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น :

- มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง
 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันทางช่องทางต่าง ๆ
 กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ก่อนหรือระหว่างการคลอด หรือระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจากคลอด

ปัจจัยเสี่ยง :

- สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ
 ใช้เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา และอุปกรณ์ฉีดยาอื่น ๆ ร่วมกัน
 มีประวัติรับเลือดและปลูกถ่ายอวัยวะ

Pre - Test :

- ทำ ไม่ทำ

วันที่ทำ :

รูปแบบการ :

- บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เสนอบริการปรึกษา เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (PICT)

เข้าถึงบริการ :

- ผู้รับบริการแสดงความต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (CITC)
 ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการแบบเดี่ยว เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Providing Pre - Test informa)

วิธีการให้คำปรึกษา :

- รายกลุ่ม
 รายบุคคล
 ให้การปรึกษาแบบคู่ (couple counseling)

Post - Test :

- ทำ ไม่ทำ

วันที่ทำ :

Couple Counseling :

- รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่ แต่ไม่ได้รับผลเลือดพร้อมกัน (รับทราบผลเลือดของคู่หรือไม่)
 ทราบ ไม่ทราบ
 รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่ และรับทราบผลเลือดพร้อมกัน
 ไม่มีคู่

การส่งต่อ STI :

- ส่งต่อ ไม่ส่งต่อ

การได้รับถุงยางอนามัย :

- ไม่รับ รับ

49 mm ซม 52 mm ซม 54 mm ซม