

**แบบบันทึกการให้การปรึกษา/บริการตรวจ HIV และการวินิจฉัยการติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ**  
(ปรับปรุงเพื่อการรับรองคุณภาพรายโรค) โรงพยาบาลปราสาท จ.สุรินทร์

HN.....Ward/OPD.....วันที่ส่งตรวจ.....ID            
โทรศัพท์.....ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ.....การศึกษา.....  
ที่อยู่.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อาชีพ.....สถานภาพ.....  
แพทย์.....การวินิจฉัย.....

**สาเหตุการมาตรวจ**

**ประเภทกลุ่มเสี่ยง**  ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(STI)  คู่ผลเลือดต่าง  ชายรักชาย(MSM)  ชายข้ามเพศ(TG)  
 พนักงานบริการทางเพศ(FSW/MSW)  ติดเชื้อจากมารดา  OSCC  OPEP  สงสัยว่าอาจจะติดเชื้อเอชไอวี/มีอาการ  
 ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด(IDU)  สามีหญิงตั้งครรภ์  อื่นๆระบุ.....

**ประเภทอื่นๆ**  ตรวจก่อนการผ่าตัด/วินิจฉัยโรค.....  ตรวจก่อนทำประกันชีวิต  ตรวจก่อนอุปสมบท  
 ตรวจก่อนมีบุตร/แต่งงาน  ตรวจเพื่อยืนยันผล  อื่นๆระบุ.....

**การประเมินพฤติกรรม/ปัจจัยเสี่ยง**  คู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  มีเพศสัมพันธ์กับชาย/หญิงให้บริการไม่ใช่ถุงยาง  
 มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน  มีเพศสัมพันธ์กับคนใหม่  มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยหรือ แดก ร้วหลุด  
 คู่นอน/คู่สมรสมีพฤติกรรมเสี่ยง  คู่นอน/คู่สมรส ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์  สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ  
 ใช้เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา และอุปกรณ์ฉีดยาอื่นๆ ร่วมกัน  มีประวัติรับเลือดและปลูกถ่ายอวัยวะ  การกระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

**ประวัติการตรวจเลือด HIV**  ไม่เคย  เคย ระบุ.....ครั้ง ผลการตรวจ.....ครั้งสุดท้ายวันที่.....

**รูปแบบการบริการ**  ผู้รับบริการแสดงความต้องการตรวจ  บุคลากร/แพทย์เสนอบริการเพื่อตรวจหาการติดเชื้อ HIV

**ข้อมูลหลักที่พุดคุย**  ความรู้เรื่องโรค  เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย  สุขภาพทั่วไป  อื่นๆระบุ.....

**การส่งตรวจเลือด**  ตรวจ  ไม่ตรวจ นั้วันที่.....

**ผลการตรวจเลือด**  Positive  Negative  inconclusive

**กรณีผลเลือดบวก** มีความคิดฆ่าตัวตาย  มี  ไม่มี

มีความคิดทำร้ายผู้อื่น  มี  ไม่มี

**ประเมินการให้การปรึกษาบริการก่อนตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV**

- 1.ในช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้รับบริการได้รับบริการปรึกษา/ตรวจเลือด HIV หรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
- 2.ก่อนตรวจเลือด ผู้รับบริการได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ HIV หรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
- 3.ผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการตรวจเลือดหรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
- 4.ช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้รับบริการได้ลงนามในเอกสารที่แสดงถึงการรับทราบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการตรวจเลือด หรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ

**คำรับรองยินยอมให้ทำการเจาะเลือดหาเชื้อไวรัสเอดส์และยินยอมให้แจ้งผลการตรวจเลือดแก่บุคคลอื่น**

ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปราสาททำการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น  
ข้อดี/ข้อเสีย การนัดหมายอื่นๆในการเจาะเลือดครั้งนี้ครบถ้วนแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานและยินยอมให้แจ้งผลการตรวจเลือด  
แก่.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ลายมือชื่อผู้ยินยอมรับบริการ (ผู้แทน).....

ลายมือชื่อผู้ให้คำปรึกษา ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

ลายมือชื่อผู้เจาะเลือด ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

ส่งตรวจ  HIV Ag/Ab (Screening test) CLIA (รอผล 3 ชม.) ราคา 250 บาท

ส่งตรวจ  HIV Ag/Ab (Screening test) CLIA (ด่วน รอผล 2 ชม.)\*เฉพาะ LR ราคา 250 บาท

## ประเมินการให้การปรึกษาบริการหลังตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV

1. ในช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้รับบริการได้รับบริการปรึกษาหลังตรวจเลือด HIV หรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
2. การให้บริการหลังตรวจเลือด ผู้รับบริการได้รับบริการปรึกษาเพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง ในการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ HIV หรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ

### ➤ กรณีผลเลือดลบ

1. ผู้รับบริการอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV(window period) หรือไม่  อยู่  ไม่อยู่  ไม่ระบุ
2. ผู้รับบริการที่อยู่ในระยะ(window period) ได้รับการนัดตรวจเลือดซ้ำหรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
3. ผู้รับบริการที่อยู่ในระยะ(window period) มารับการตรวจเลือดซ้ำ 1 เดือน หรือไม่
- มา ระบุวันที่ตรวจเลือดซ้ำ 1 เดือน (ว/ด/ป).....  ไม่มา  ยังไม่ถึงวันนัด  ไม่ระบุ
- มา ตามนัดตรวจเลือด 6 เดือน(ว/ด/ป).....  ไม่มา  ยังไม่ถึงวันนัด  ไม่ระบุ

### ➤ กรณีผลเลือดบวก

1. ในช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้รับบริการได้รับบริการปรึกษาเพื่อการดูแลด้านจิตใจ หรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
2. ผู้รับบริการมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่  มี  ไม่มี  ไม่ระบุ
3. ในช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลรักษาต่อเนื่องหรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
4. ในช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้รับบริการได้ตรวจ CD4 หลังทราบผลเลือด ในรอบปีที่ประเมินหรือไม่
- ได้ ตรวจ CD 4/นัดคลินิกมิตรใหม่ปราสาท ระบุวันที่.....ระบุระดับ CD4 ของผู้รับบริการ.....
- ไม่ได้  ยังไม่ถึงวันนัด  ปฏิเสธการรักษา  ไม่ระบุ.....
- สอดคล้องตามสิทธิ์การรักษา.....ไปยรรพ.....

### ➤ กรณีผลเลือดไม่ชัดเจนยังสรุปไม่ได้ (inconclusive)

1. ผู้รับบริการที่ผลเลือด ยังสรุปไม่ได้ (inconclusive)ได้รับการตรวจเลือดซ้ำหรือไม่  ได้  ไม่ได้  ไม่ระบุ
2. ผู้รับบริการที่ผลเลือด ยังสรุปไม่ได้ (inconclusive) มารับการตรวจเลือดซ้ำ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปีที่ประเมิน หรือไม่
- มา ระบุวันที่ตรวจเลือดซ้ำ(ว/ด/ป).....  ไม่มา  ยังไม่ถึงวันนัด  ไม่ระบุ

### หมายเหตุ

- ผู้ให้คำปรึกษาลงชื่อและตำแหน่งในบัตรบันทึกกิจกรรมรพ.ปราสาท+ใน lab. Note /ช่องหมายเหตุในรายการส่งตรวจ
- ผู้รับบริการที่ได้รับคำปรึกษาก่อนตรวจเลือดจะนำบัตรบันทึกกิจกรรมรพ.ปราสาทไปยื่นที่ห้องตรวจเลือดเพื่อรอรับบริการตรวจเลือด
- ห้องปฏิบัติการตรวจรับรายการตรวจและตรวจสอบชื่อสกุลผู้ให้บริการปรึกษาที่บันทึกไว้ในช่องหมายเหตุของรายการส่งทุกครั้งก่อนให้บริการตรวจเลือด
- ขอความร่วมมือบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้และกรุณานำใบนี้ส่งทางห้องปฏิบัติการในวันจัดบริการทุกครั้ง