

โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์		ระเบียบปฏิบัติ (System Procedure:SP) เลขที่ SP-CLT-HIVSTI-005
เรื่อง: แนวทางการส่งต่อข้อมูลเพื่อการเบิกชดเชยการตรวจเลือดเอชไอวี		
จัดทำโดย: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรค HIV STI	ฉบับแรก (จำนวน 8 หน้า รวมปก) ประกาศใช้เมื่อ: 25 ม.ค. 2561	
หน่วยงานนำไปใช้: ทุกหน่วยงาน		



 (นางสาวศรียุดา มานูจ)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกอายุรกรรม



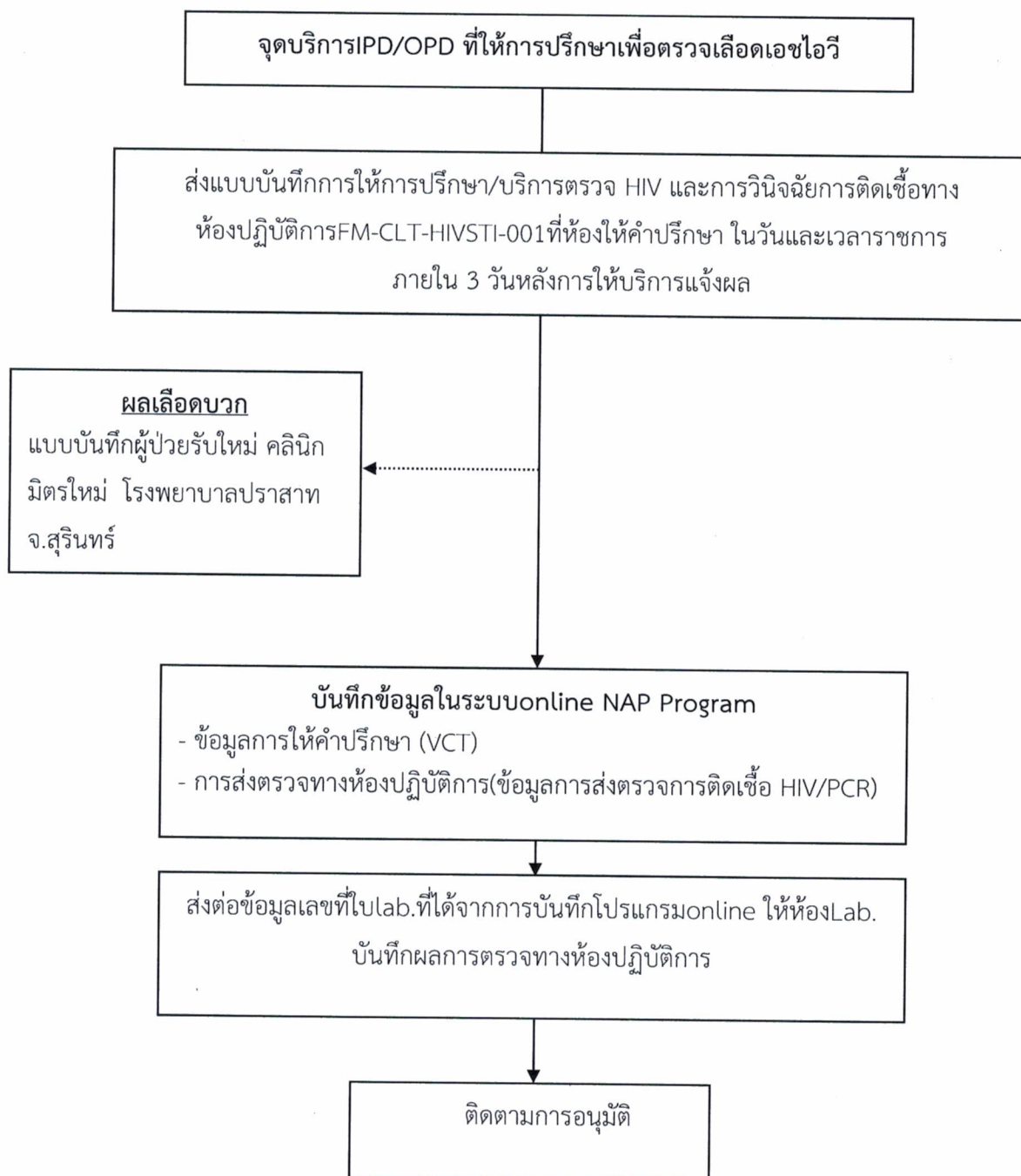
 (นางวันทนี มามูล)
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 ประธาน PCT อายุรกรรม



 (นายประมวล ไทยงามศิลป์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท

25 ม.ค. 2561

แนวทางการส่งต่อข้อมูลเพื่อการเบิกชดเชยการตรวจเลือดเอชไอวี



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/หญิงให้บริการไม่ใช่งูยาง
☐ มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ☐ มีเพศสัมพันธ์กับคนใหม่ ☐ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยหรือ แดก ร่วงหลุด
☐ คู่นอน/คู่สมรมีพฤติกรรมเสี่ยง ☐ คู่นอน/คู่สมรส ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ☐ สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ
☐ ใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา 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 นัดวันที่.....

ผลการตรวจเลือด ☐ Positive ☐ Negative ☐ inconclusive

กรณีผลเลือดบวก มีความคิดฆ่าตัวตาย ☐ มี ☐ ไม่มี
มีความคิดทำร้ายผู้อื่น ☐ มี ☐ ไม่มี

ประเมินการให้การปรึกษาบริการก่อนตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV

- 1.ในช่วงเวลาที่ประเมิน ผู้รับบริการได้รับการปรึกษา/บริการก่อนตรวจเลือด 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.....เกี่ยวข้องกับ.....

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

ประเมินการให้บริการบริการหลังตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV

1. ในช่วงเวลาประเมิน ผู้รับบริการได้รับการบริการปรึกษาหลังตรวจเลือด HIV หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ระบุ
2. การให้บริการหลังตรวจเลือด ผู้รับบริการได้รับการปรึกษาเพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง 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. ในเวลาประเมิน ผู้รับบริการได้รับการปรึกษาเพื่อการดูแลด้านจิตใจ หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ระบุ
2. ผู้รับบริการมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ระบุ
3. ในเวลาประเมิน ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลรักษาต่อเนื่องหรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ระบุ
4. ในเวลาประเมิน ผู้รับบริการได้ตรวจ CD4 หลังทราบผลเลือด ในรอบปีที่ประเมินหรือไม่
- ☐ ได้ ตรวจ CD 4/นัดคลินิกมิตรใหม่ปราสาท ระบุวันที่.....ระบุระดับ CD4 ของผู้รับบริการ.....
- ☐ ไม่ได้ ☐ ยังไม่ถึงวันนัด ☐ ปฏิเสธการรักษา ☐ ไม่ระบุ.....
- ☐ ส่งต่อตามสิทธิ์การรักษา.....ไปยังรพ.....

➤ **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

แบบบันทึกผู้ป่วยรับใหม่ คลินิกมิตรใหม่ โรงพยาบาลปราสาท จ.สุรินทร์

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี HN.....Tel.....
ID.....ที่อยู่.....

รับใหม่เข้าระบบ วันที่.....รับแจ้งผลการติดเชื้อเมื่อ.....ที่รพ.....

รับโอนย้ายเข้าระบบโรงพยาบาล วันที่.....จากโรงพยาบาล.....

VCT.....เลขที่ใบLAB.....

เลข NAP No.....ลงทะเบียนวันที่.....

ประวัติ สหิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม รพ..... ☐ ข้าราชการ ☐ ข้าราชการ

การศึกษาอาชีพก่อนป่วย...../อาชีพปัจจุบัน.....

ปัจจุบันมีคู่เพศสัมพันธ์ ☐ มีคู่ถาวร ☐ ใช้ถุงยาง ☐ ไม่ใช้ถุงยาง

☐ คู่นอนชั่วคราว ☐ ใช้ถุงยาง ☐ ไม่ใช้ถุงยาง

☐ ไม่มีคู่นอน

☐ ยุติการมีเพศสัมพันธ์

การเปิดสถานการณ์การติดเชื้อ กับคู่ ☐ เปิดเผยแพร่ ☐ ไม่เปิดเผย เพราะ.....

กรณียังไม่เปิดเผยกับคู่และครอบครัว ☐ วางแผน..... ☐ ไม่พร้อมจะเปิดเผยเพราะ.....

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ของคู่ ☐ Negative ☐ Positive ☐ ไม่ทราบ ☐ ยังไม่ตรวจ

คู่ได้รับการรักษา ☐ ใช่ สถานที่รับการรักษา..... ☐ ไม่ใช่ เพราะ.....

มีใครทราบบ้างว่าคุณติดเชื้อ.....ความสัมพันธ์.....

เมื่อคุณสามารถเริ่มยาต้านไวรัส ผู้ช่วยกำกับการรับประทานยาของคุณ ระบุ.....

ผังเครือญาติ

ประวัติ ทางการรักษา โรคประจำตัวอื่นๆ..... ประวัติการแพ้ยา.....

อาการแรกเริ่ม.....สัญญาณชีพ BW.....Kg , Highcm, BP..... mmHg, PR...../min

ประวัติการรับยา ARV ในอดีต ☐ ไม่เคยรับ ☐ เคยรับ สูตรยา.....

หลังได้รับการเริ่มยาต้านไวรัส วางแผนจะใช้ชีวิตและทำงานอย่างไร

ประวัติอาการโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ STI ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

(ภายใน 3 เดือน เช่นอาการ ปัสสาวะขัด มีหนองปน ตกขาวผิดปกติ มีแผลที่อวัยวะเพศ)

การวางแผนครอบครัว ☐ ยังไม่ตัดสินใจ ☐ ไม่ต้องการมีบุตร ☐ ต้องการมีบุตร ☐ ทำหมัน ชาย

☐ ทำหมันหญิง ชนิด.....

การใช้ถุงยางอนามัย ☐ ใช้ทุกครั้ง ☐ ใช้บางครั้ง ☐ ไม่ใช่แต่มีเพศสัมพันธ์ ☐ ยุติการมีเพศสัมพันธ์

การดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน ☐ ไม่อนุญาต ☐ อนุญาตโดย... ☐ แกนนำ ☐ พยาบาลคลินิก ☐ พยาบาล รพสต.

☐ อนุญาตทั้งหมด

วางแผนรับเบี้ยยังชีพ อบต. ☐ ไม่รับ ☐ รับ (เปิดเผยตนเองต่อครอบครัวและชุมชน)

แผนที่บ้าน

แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านไวรัส

ขั้นตอนการให้การปรึกษาเพื่อเริ่มยาต้านไวรัส

C 1 : Counseling ครั้งที่ 1 หลังการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

1. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและสุขภาพตนเอง
 2. ให้ข้อมูลความรู้เรื่อง การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการรักษาโรคอื่นๆให้ทราบโดยย่อ
 3. อธิบายถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากไม่รับประทานยา/รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
 4. ถามเกี่ยวกับสิ่งที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส
 5. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว
 6. แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC+CD4 , HBsAg , Anti-HCV , VDRL , Chest X-Ray , AFB*3
- ให้ข้อมูล ณ วันที่..... โดย.....

C 2 : Counseling ครั้งที่ 2 หลังจากความพร้อมที่จะรับประทานยา

1. ทบทวนความรู้และความเข้าใจ C 1
 2. ติดตามสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าเป็นอุปสรรค ร่วมหาแนวทางแก้ไข
 3. ให้ข้อมูลความรู้เรื่องยาต้านไวรัส ทบทวนวิธีการรับประทานยา และควรมีที่เสี่ยงกักกับการรับประทานยา
- ให้ข้อมูล ณ วันที่..... โดย.....

C 3 : Counseling ครั้งที่ 3 หลังเมื่อมีการเริ่มยาต้านไวรัส

1. ทบทวนความเข้าใจ C1 + C 2
 2. ทบทวนการรับประทานยา ความรู้เรื่องยา สูตรยาที่ผู้ป่วยใช้
 3. การร่วมวางแผนดำเนินชีวิต (การทำงาน/วางแผนครอบครัว เป็นต้น)
 4. การวางแผนการรับประทานยาและการดูแลตนเอง
 5. ประเมินผลความเข้าใจในการรักษา
- ให้ข้อมูล ณ วันที่..... โดย.....

ประเมินความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านไวรัส(สำหรับผู้ป่วยประเมิน)

ข้อมูล	การประเมินผล	
	เข้าใจ	ไม่เข้าใจ
Counseling ครั้งที่ 1 หลังการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และสุขภาพตนเอง	☐	☐ อย่างไร
ได้รับข้อมูลความรู้เรื่อง การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการรักษาโรคอื่นๆ	☐	☐ อย่างไร
ได้รับอธิบายถึงผลที่จะเกิดขึ้นหากไม่รับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ สม่ำเสมอ	☐	☐ อย่างไร
ได้รับการสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา	☐	☐ อย่างไร
ได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว	☐	☐ อย่างไร
ได้รับการวางแผน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	☐	☐ อย่างไร
Counseling ครั้งที่ 2 หลังจากที่พักผ่อนที่จะรับประทานยา ได้รับการทบทวนความรู้และความเข้าใจหลังจากให้คำปรึกษาครั้งที่ 1	☐	☐ อย่างไร
ได้รับการติดตามสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าเป็นอุปสรรค ร่วมหาแนวทางแก้ไข	☐	☐ อย่างไร
ได้รับข้อมูลความรู้เรื่องยาต้านไวรัสทบทวนวิธีการรับประทานยา	☐	☐ อย่างไร
Counseling ครั้งที่ 3 หลังเมื่อมีการเริ่มยาต้านไวรัส ได้รับการทบทวนความเข้าใจ หลังจากให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 และ 2	☐	☐ อย่างไร
ได้รับการทบทวนการรับประทานยา ความรู้เรื่องยา สูตรยาที่ผู้ป่วยใช้	☐	☐ อย่างไร
ได้รับการร่วมวางแผนดำเนินชีวิต	☐	☐ อย่างไร
การวางแผนการรับประทานยาและการดูแลตนเอง	☐	☐ อย่างไร