## แบบบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา VCT โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

**ประเภท** ○ กลุ่มทั่วไป ○ กลุ่มนิรนาม วันที่ให้บริการ VCT (วัน/เดือน/ปี) ....../........../.............

**ข้อมูลบุคคล** HN..................................

ชื่อ-สกุล ........................................................ เลขประจำตัวประชาชน ▢-▢▢▢▢-▢▢▢▢▢-▢▢-▢

**หน่วยงานที่ให้คำปรึกษา** *14972 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร* **วัน/เดือน/ปี ที่ให้บริการ** ....../................./.................

**การรับการส่งต่อมาจากที่ไหน**

หน่วยงาน/แผนกที่ส่งต่อ
- ○ หน่วยบริการหรือคลินิกภายในรพ
- ○ หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ
- ○ สถานประกอบการต่างๆ
- ○ การออกพื้นที่โดยอาสาสมัคร (outreach)
- ○ การออกพื้นที่โดยหน่วยบริการ
- ○ เครือข่ายร้านยา
- ○ สายด่วนต่างๆ
- ○ ไม่มี

**การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น** ○ **มีพฤติกรรมเสี่ยง** ○ **ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง**

**กลุ่มประชากรเสี่ยง**
- ○ คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี
- ○ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด(IDU)
- ○ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ(Migrant)
- ○ สามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์
- ○ ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ(จ่ายยาป้องกัน)
- ○ ผู้ต้องขัง ○ หญิงตั้งครรภ์(ANC)
- ○ พนักงานขายบริการทางเพศ(SW)
- ○ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM)
- ○ partner of sero discordance
- ○ สงสัยว่าอาจติดเชื้อ/มีอาการของเอชไอวี
- ○ บุคลากรทางการแพทย์สัมผัสสารคัดหลั่ง(จ่ายยาป้องกัน)
- ○ อื่นๆ ระบุ.........................................................

**ปัจจัยความเสี่ยง**
- ○ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันทางช่องทางต่างๆ
- ○ การกระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกก่อนหรือระหว่างคลอด หรือการเลี้ยงหลังคลอด
- ○ สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ
- ○ ใช้เข็มฉีดยากระบอกฉีดยา และอุปกรณ์ฉีดยาอื่นๆ ร่วมกัน
- ○ มีประวัติรับเลือดและปลูกถ่ายอวัยวะ
- ○ อื่นๆ ระบุ...............................................................................

**การให้คำปรึกษา**

Pre-counseling ○ **ทำ วันที่ทำ** ..../........./.............. ○ **ไม่ทำ**

**รูปแบบการเข้าถึงบริการ**
- ○ บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เสนอบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(PICT)
- ○ ผู้รับบริการแสดง ความต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (CITC)
- ○ ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการแบบเดี่ยว เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Providing pre-test information on the purpose of testing)

**วิธีการให้คำปรึกษา** ○ รายกลุ่ม ○ รายบุคคล ○ ให้การปรึกษาแบบคู่ (couple counseling)

Post-counseling ○ **ทำ วันที่ทำ** ..../........./............ ○ **ไม่ทำ**

Couple counseling
- ○ รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่แต่ไม่ได้รับผลเลือดพร้อมกัน (รับทราบผลเลือดของคู่หรือไม่) ○ ทราบ ○ ไม่ทราบ
- ○ รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่และรับทราบผลเลือดพร้อมกัน
- ○ ไม่มีคู่

**การส่งต่อ STI** ○ ส่งต่อ ○ ไม่ส่งต่อ

**การได้รับถุงยางอนามัย** ○ ไม่รับ ○ รับ

**ความสมบูรณ์ของเอกสาร** ○ ครบ ○ ไม่ครบ

ลงชื่อ............................................................
( )
เจ้าหน้าที่ผู้ซักประวัติ

ลงชื่อ............................................................
( )
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ