**แบบฟอร์มการให้บริการปรึกษา (VCT) และส่งตรวจหาเชื้อเอชไอวี**

 **V…………………………………..**

**บันทึกการให้คำปรึกษา**

**1. วันที่บริการปรึกษา**………………………………………………………………. สิทธิ บัตรทอง ประกันสังคม ข้าราชการ ชำระเอง

**2. เลขประจำตัวประชาชน**.........................................................ชื่อ.......................................................นามสกุล.......................................................................

**3. หน่วยงาน / แผนกให้บริการ**................................................................................HN………………………………………………………………………………...……………..

**4. หน่วยงาน / แผนกที่ส่งต่อ**

หน่วยบริการ หรือคลินิกภายใน รพ. การออกพื้นที่โดยหน่วยบริการ หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ

เครือข่ายร้านยา สถานประกอบการต่าง ๆ สายด่วนต่าง ๆ

การออกพื้นที่โดยอาสาสมัคร (outreach) การเข้าถึงโดยงบป้องกันเอดส์ (RRTTR) ไม่มี

**5. การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น** มีพฤติกรรมเสี่ยง จากปัจจัยเสี่ยง ดังต่อไปนี้ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ทราบข้อมูล

มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ป้องกันทางช่องทางต่าง ๆ ใช้เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา และอุปกรณ์ฉีดยาอื่น ๆ ร่วมกัน

การกระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ก่อนหรือระหว่างการคลอด หรือระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจากคลอด

สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ มีประวัติรับเลือดปลูกถ่ายอวัยวะ

**6. กลุ่มผู้มารับบริการ**

 ขายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยการฉีด (PWID) หญิงตั้งครรภ์ (ANC)

สาวประเภทสอง/หญิงข้ามเพศ (TGW) ผู้ใช้สารเสพติด (PWUD) คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ชายข้ามเพศ (TGM) พนักงานบริการหญิงข้ามเพศ (TGSW) พนักงานบริการหญิง (FSW)

บุคลากรทางการแพทย์สัมผัสสารคัดหลั่ง(จ่ายยาป้องกัน) ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (จ่ายยาป้องกัน) พนักงานบริการชาย (MSW)

คู่ของกลุ่มประชากรหลัก(partner of key population) ผู้ต้องขัง General Population

คู่ของคนที่มีผลเลือดบวก (partner of HIV positive) กลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Migrant) สามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์

**7. Pre-test** (วันที่……………….……..) ทำ ไม่ทำ \* **Post-test** (วันที่……………….……..) ทำ ไม่ทำ

**รูปแบบการเข้าถึงบริการ**  อยู่ในระยะ Windows period

 บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เสนอบริการปรึกษา ไม่อยู่ในระยะ Windows period ไม่ทราบ

 เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (PICT) **\* Couple counseling**

 ผู้บริการแสดงความต้องการ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (CITC) รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่ แต่ไม่ได้รับผลเลือดพร้อมกัน

 ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการแบบเดี่ยว เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอชไอวี รับทราบผลเลือดของคู่หรือไม่

 (Providing pre-test information on the purpose of testing) ทราบ ไม่ทราบ

 **วิธีการให้คำปรึกษา** รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่ และรับทราบผลเลือดพร้อมกัน

 รายกลุ่ม มีคู่ แต่คู่ไม่ตรวจ

 รายบุคคล ไม่มีคู่

 ให้การปรึกษาแบบคู่ (Couple counseling) **การส่งต่อ STIs** ส่งต่อ ไม่ส่งต่อ

**8. การได้รับถุงยางอนามัย** **การบำบัดด้วย MMT** ได้รับการรักษา ไม่ได้รับการรักษา

ไม่รับ รับ 49 mm ชิ้น 52 mm ชิ้น 54 mm ชิ้น 56 mm ชิ้น

**ส่วนที่ 2 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (HIV/PCR)**

ลงผล NAP ไม่ลงผล NAP

1. เลขประจำตัวประชาชน………………………………………………..………… Anti HIV ……………………………………………….……….………..

2. รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HIV PCR HN…………………………………………......................................

3. วันที่ส่งตรวจ...................................................................................... ผลเลือด Negative Positive In conclusion

4. วันที่ให้คำปรึกษา (VCT) …………………………………………………………..

5. สถานที่ตรวจ รพ. ……………………………………..………………………

6. แพทย์ผู้ส่งตรวจ ……………………………………………………………………