

**PHIẾU XÁC NHẬN ĐỒNG Ý XÉT NGHIỆM HIV**

Họ và tên người được tư vấn: ……………………………………………………………………………

Số điện thoại (nếu có) : …………………………………………………………………………………..

Số CMND (hoặc giấy tờ tùy thân nếu có): …………………………………...........................................

Dân tộc: …………………………………………………………………………….................................

Giới tính : ……………………………………………………………......................................................

Năm sinh : ……………………………………………………………………….....................................

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú: ………………………………………………......................................

Nơi cư trú hiện tại ( nếu khác nơi đăng ký hộ khẩu thường trú) : ……………….....................................

Nghề nghiệp : ……………………………………………………………………....................................

Đối tượng: ……………………………………………………………………….....................................

Nguy cơ lây truyền HIV: …………………………………………………………...................................

Sau khi được tư vấn đầy đủ, rõ ràng về nguy cơ lây nhiễm HIV và lợi ích của việc xét nghiệm HIV,

tôi hoàn toàn đồng ý tự nguyện làm xét nghiệm HIV.

*……………, ngày ……. tháng……. Năm 20….*

**Đối tượng tư vấn Cán bộ y tế**

( Ký và ghi rõ họ tên, trường hợp người bảo hộ ( Ký và ghi rõ họ tên)

cần ghi rõ họ và tên người đại diện hợp pháp

và nêu rõ mối quan hệ với người được

xét nghiệm HIV)