



Praram 9
Hospital

**หนังสือแสดงความยินยอม
รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี**

Name: Gender:
DOB: Age: HN: VN/AN:
Date: Time: Physician:
Allergies:
Blood Reaction:

ข้าพเจ้า..... ☐ ตัวผู้ป่วย ☐ ผู้แทนผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
ได้รับคำอธิบายจากแพทย์ / ทันตแพทย์ เกี่ยวกับการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี และได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการตรวจ
การติดเชื้อเอชไอวี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- เอชไอวี เป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์
- วิธีที่จะทราบว่าติดเชื้อ เอชไอวี ต้องตรวจหาเท่านั้น
- การตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ
- การตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี จะกระทำโดยความสมัครใจของผู้ตรวจ
- ผลการตรวจจัดเก็บเป็นความลับ

และข้าพเจ้าขอให้แจ้งผลการตรวจแก่

- ☐ ข้าพเจ้าเองเท่านั้น
- ☐ ข้าพเจ้าและ/ หรือผู้อื่น (นาย/ นาง/ นางสาว / บริษัท).....
- ☐ ไม่ต้องการให้แจ้งผลแก่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้อื่น

ข้าพเจ้ายืนยันที่จะให้โรงพยาบาลทำตามความประสงค์ของข้าพเจ้า และรับทราบถึงผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นเนื่องจากการตรวจ
หรือไม่ยินยอมให้ตรวจในครั้งนี้ รวมถึงการแจ้งผล ดังนี้ กรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็นผู้รับทราบผลการตรวจแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่าหนังสือ
ฉบับนี้เป็นหนังสือยินยอมของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้รับทราบผลแทนข้าพเจ้าได้

การแปลและการให้ข้อมูลโดยผู้แปลภาษา

ข้าพเจ้าได้แปลหนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี รวมทั้งข้อมูลซึ่งแพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วย/ผู้แทนผู้ป่วยทราบ
ในภาษา ชื่อผู้แปล..... วันที่.....

แพทย์หรือผู้ให้ข้อมูลลงนาม	ผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยลงนาม	พยานลงนาม	พยานลงนาม
x	x	x	x
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
วันที่.....เวลา.....	วันที่.....เวลา.....	วันที่.....เวลา.....	วันที่.....เวลา.....

(กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือผู้ป่วยให้มีพยานฝ่ายผู้ป่วย 2 คนและกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นพยานได้)

หมายเหตุ: ผู้ที่มาขอการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ถ้าผู้ที่มาขอตรวจเข้าใจ
เรื่องการติดเชื้อ และความหมายของการตรวจเลือด (การตรวจเพื่อวินิจฉัยไม่ใช่การทำนิติกรรม) อ้างอิงแพทย์สภาที่ สพ.017/ว.930

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ *ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้ที่มีอำนาจตาม

กฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบและแสดงความยินยอมรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

ชื่อผู้แทนผู้ป่วย..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ประเภทของบัตร ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ใบอนุญาตขับรถยนต์ ☐ หนังสือเดินทาง

หมายเลขบัตร สถานที่ออกบัตร..... วันที่ออกบัตร..... วันที่บัตรหมดอายุ

*** โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยตนเองได้**

- ☐ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต (ระบุ)
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)

ข้อควรรู้ก่อนการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

1. ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี เกิดได้ 3 ทาง คือ

- 1.1 ทางเพศสัมพันธ์
- 1.2 ทางเลือด เช่น ได้รับเลือดของคนที่เป็นโรค หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับคนที่เป็นโรค
- 1.3 จากแม่ไปสู่ลูกในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือจากการกินนมแม่

อาการของโรคติดเชื้อเอชไอวี ในระยะต้น อาจมีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว ซึ่งผู้ที่เป็นโรคอาจไม่รู้สึกรบกวนรำคาญ ต่อมาจึงเริ่มมีอาการแสดงออกมากขึ้น เช่น เป็นเชื้อราในปาก เป็นงูสวัด ท้องเสียบ่อย น้ำหนักลด และในที่สุดจะมีอาการโรคเอดส์ เช่น เชื้อราขึ้นสมอง ปอดอักเสบรุนแรง เป็นมะเร็ง สมองเสื่อม ซึ่งอาการตั้งแต่ระยะต้นจนถึงระยะเป็นเอดส์ อาจใช้เวลานานหลายปี ผู้ที่มีอาการในขั้นสุดท้าย หากไม่ได้รับการรักษามักจะเสียชีวิตภายใน 2-3 ปี

2. การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่นิยมมากที่สุด คือ การตรวจเลือด หากผลเลือดเป็นบวก แปลว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี หากผลเลือดเป็นลบ แปลว่าไม่พบเชื้อเอชไอวี

ผลการตรวจเลือดเป็นบวกไม่ได้แปลว่าจะต้องมีอาการเสมอไป เพราะบางครั้งต้องใช้เวลาหลายปีกกว่าจะมีอาการป่วยขึ้นมา ผลการตรวจเลือดเป็นลบ ไม่ได้แปลว่าจะไม่ติดเชื้อเอชไอวีเสมอไป เพราะบางครั้งเพิ่งได้รับขึ้นมาไม่นานในช่วง 2-4 สัปดาห์แรกเลือดจะยังเป็นลบ ต่อมาจึงกลายเป็นบวก ดังนั้นหากได้รับผลเลือดเป็นลบและมีเหตุควรสงสัย ควรจะตรวจซ้ำอีก 2-12 สัปดาห์ต่อมา ถ้าผลเป็นลบอีกจึงจะแน่ใจว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี

3. ทำไมจึงควรตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

การรู้ว่าตัวเองมีเชื้อเอชไอวี หรือไม่ มีประโยชน์หลายอย่างเช่น จะได้ป้องกันคนที่รัก เช่น สามี ภรรยา ลูกที่จะเกิดมา ไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวีตาม และจะได้ดูแลรักษาสุขภาพตัวเอง และกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในร่างกาย จะได้มีชีวิตยืนยาวอย่างแข็งแรงและมีคุณภาพดีเหมือนคนทั่วไป ในขณะนี้ ภาครัฐได้จัดสรรยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อโดยไม่ค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ต้องมีภาระในการรักษาตน

4. ผลกระทบจากการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

ถ้าได้ผลออกมาเป็นบวก บางคนอาจรับสภาพไม่ได้ หรือไม่ทราบว่ามีการรักษาฟรี ที่สามารถทำให้แข็งแรงเป็นปกติ อาจคิดสั้นหมดหวังในชีวิต อาจทำให้ที่ทำงานเลิกจ้าง บริษัทประกันบางแห่งอาจไม่รับประกันถ้าไม่บอกผลตรวจเอชไอวี หรือถ้าได้ผลบวกแม้แต่ในรายที่ได้ผลออกมาเป็นลบ ก็อาจสร้างปัญหาได้ เช่น กรณีที่ได้รับเชื้อมาภายใน 2-4 สัปดาห์ อาจตรวจเลือดแล้วเป็นลบ จึงไปมีเพศสัมพันธ์กับคูครองหรือคนอื่นๆ โดยไม่มีการป้องกันทำให้แพร่กระจายเชื้อออกไปก่อนที่จะรู้ว่าตัวเองมีเชื้ออยู่

5. สิทธิของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้รับการตรวจติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ผู้รับการตรวจควรทราบถึงสิทธิก่อนรับการตรวจเอชไอวี ดังนี้

- 5.1. เว้นแต่กรณีฉุกเฉิน หรือมีเหตุผลความจำเป็นอย่างยิ่งในการตรวจเอชไอวีทุกครั้ง แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ จะต้องอธิบายการตรวจ การแปลผล และผลกระทบให้แก่ผู้รับการตรวจจนเป็นที่เข้าใจ
- 5.2. ผู้รับการตรวจเอชไอวีซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนและผลการตรวจ โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะต้องตอบคำถาม และให้คำแนะนำจนเข้าใจ
- 5.3. ผลการตรวจเอชไอวีเป็นความลับระหว่างแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจเท่านั้น ซึ่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะต้องรักษาความลับของผู้รับการตรวจอย่างเคร่งครัด
- 5.4. การแจ้งผลต่อผู้อื่น แพทย์จะกระทำต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้รับการตรวจ หลังจากทราบผลการตรวจแล้ว หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
- 5.5. ผู้รับการตรวจควรทราบว่า หากไม่ตรวจ ณ สถานที่แห่งนั้น จะสามารถไปตรวจที่ได้กัตามสิทธิการรักษาที่มีอยู่ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ให้สิทธิในการตรวจโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 2 ครั้ง หรืออาจมีทางเลือกอื่นๆ เช่น ไปขอรับการตรวจที่คลินิกนิรนาม ซึ่งให้บริการตรวจโดยไม่ต้องแจ้งชื่อ

พื้นที่

ที่

ห้าม

บัน

ที่ก