

### แบบบันทึกข้อมูลการรับบริการ PrEP

รหัส UIC => HN .....	อักษรตัวแรก ของชื่อ	อักษรตัวแรก ของนามสกุล	วันที่เกิด (เช่น วันที่ 1 = 01)	เดือนที่เกิด (เช่น มกราคม = 01)	ปีที่เกิด ตัวเลขสองตัวสุดท้าย
-------------------------	------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

วัน/เดือน/ปีที่รับบริการ ..... /..... /..... เลขบัตรประชาชน [ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]  
ชื่อ-สกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

เพศ  1.ชาย  2.หญิง

กลุ่มเป้าหมาย (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- 1.ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)  2.ผู้หญิงข้ามเพศ (TGW)  3.พนักงานบริการชาย (MSW)
- 4. พนักงานบริการหญิงอยู่เป็นหลักแหล่ง (Venue-based FSW)  5. พนักงานบริการหญิงอยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง (Non venue-based FSW)
- 6.ผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีด (PWID)  7.แรงงานข้ามชาติ (MW)  8. ผู้ต้องขัง (Prisoner)  9. มีคู่นอนต่าง
- 10.หญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดต่าง  11.ประชาชนทั่วไป  12.ผู้ใช้สารเสฟติด  13.คู่อของผู้ขายหรือสารเสฟติด

ถ้าตอบ 1-3 ให้ระบุ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งแรก ..... ปี

การได้รับบริการตรวจเอชไอวีที่ผ่านมา  0.ไม่เคยในชีวิต  1.เคยตรวจ ระบุ ด/ป ที่ตรวจล่าสุด ..... /.....

การให้คำปรึกษาเรื่อง PrEP (PrEP Counseling)  1.ได้  2.ไม่ได้ เพราะ  มีความรู้ความเข้าใจแล้ว  ผู้รับบริการมีผลเลือดบวก  
 ปฏิเสธบริการ  ช่วงเวลานั้นไม่มีเจ้าหน้าที่บริการ  อื่น ๆ ระบุ.....

มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ต้องกิน PrEP หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.มีคู่นอนต่าง  2.ไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือเสี่ยงต่อถุงยางอนามัยแตก/หลุด  3.เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4.ทำงานบริการทางเพศ  5.กิน PEP เป็นประจำโดยไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้  6.มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกัน
- 7.ใช้ยาเสฟติดด้วยวิธีฉีด  8.ไม่มีคุณสมบัติสำหรับการกิน PrEP  9.ใช้ยาหรือสารเสฟติด
- 10.มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายหรือสารเสฟติด  11.อื่นๆ โปรดระบุ .....

เคยกิน PrEP มาก่อนหรือไม่  1.เคยกิน ระบุ ด/ป ครั้งล่าสุดที่กิน ..... /.....  2.ไม่เคยกิน

การตัดสินใจกิน PrEP  1.ตัดสินใจกิน  2.ตัดสินใจไม่กิน  3.สนใจกิน แต่ยังไม่พร้อม ถ้าตอบ 2 หรือ 3 ระบุ

เหตุผลที่ไม่กิน  1.กลัวครอบครัว/คู่ครองรู้  2.กลัวคนเข้าใจผิดว่ามีเชื้อเอชไอวี  3. Window period  4.อื่นๆ ระบุ .....

เริ่มกินยาวันที่ ระบุ ว/ด/ป ที่เริ่ม ..... /..... /..... ถ้ากิน ครั้งต่อไปให้ลงฟอร์ม PrEP Record2. (Follow-up)

\*กลุ่มเป้าหมายที่เป็น PWID ควรมีการคัดกรอง Anti HCV และประเมินด้านสุขภาพจิตว่ามีความพร้อมในการกินยาหรือไม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เริ่มกิน เดือน 0	ผลการตรวจ
การตรวจเอชไอวี	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2. Inconclusive <input type="checkbox"/> 3.Positive
การตรวจซีฟิลิส	<input type="checkbox"/> 1.RPR <input type="checkbox"/> 2.VDRL <input type="checkbox"/> 3.Rapid test <input type="checkbox"/> 4.TPHA <input type="checkbox"/> 5. Machine base <input type="checkbox"/> 6.TPPA	<input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive <input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive <input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive <input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive <input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive <input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive
การตรวจประเมินการทำงานของไต (Cr)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.ปกติ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ปกติ (creatinine clearance $\leq$ 60)
การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2.Positive

นัดติดตามครั้งต่อไป PrEP Record2. (Follow-up) วัน/เดือน/ปี ..... /..... /.....

หมายเหตุอื่นๆ .....

.....

.....