

แบบบันทึกข้อมูลการรับบริการ PrEP

รหัส UIC =>

--	--	--	--	--	--	--

HN
 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.ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 7.แรงงานข้ามชาติ (MW) 8. ผู้ต้องขัง (Prisoner) 9. มีคู่นอนต่าง
 10. หญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดต่าง 11. ประชาชนทั่วไป 12. ผู้ใช้สารเสพติด 13. คู่ของผู้ใช้ยาหรือสารเสพติด

ถ้าตอบ 1-3 ให้ระบุ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งแรก ปี

การได้รับการตรวจเอชไอวีที่ผ่านมา 0.ไม่เคยในชีวิต 1.เคยตรวจ ระบุ ด/ป ที่ตรวจล่าสุด /.....
 การให้คำปรึกษาเรื่อง PrEP (PrEP Counseling) 1.ได้ 2.ไม่ได้ เพราะ

มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ต้องกิน PrEP หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
 1.มีคู่นอนต่าง 2.ไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือเสี่ยงต่อถุงยางอนามัยแตก/หลุด 3.เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 4.ทำงานบริการทางเพศ 5.กิน PEP เป็นประจำโดยไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้ 6.มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน
 7.ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด 8.ไม่มีคุณสมบัติสำหรับการกิน PrEP 9.ใช้ยาหรือสารเสพติด
 10.มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ใช้ยาหรือสารเสพติด 11.อื่นๆ โปรดระบุ

เคยเป็นซิฟิลิสมาก่อนหรือไม่ 1.เคยเป็น 2.ไม่เคยเป็น
 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/คู่นอนรู้ 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
การตรวจซิฟิลิส	<input type="checkbox"/> 1.RPR	<input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive
	<input type="checkbox"/> 2.VDRL	<input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive
	<input type="checkbox"/> 3.Rapid test	<input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive
	<input type="checkbox"/> 4.TPHA	<input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive
	<input type="checkbox"/> 5. Machine base	<input type="checkbox"/> 1.Non-Reactive <input type="checkbox"/> 2.Reactive
	<input type="checkbox"/> 6.TPPA	<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 ≤ 60)
การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2.Positive
การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (Anti HCV)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2.Positive
การตรวจการตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> 2.ตั้งครรภ์

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