**แบบบันทึก PrEP**

**เลขแทนตัวบุคคล (PrEP Number) :** ....................................

………………\_ \_ \_ \_

วันที่ลงทะเบียน ว/ด/ป .........................................................................

 **เลขบัตรประชาชน** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ HN # \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_

**ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ** .......................................-.......................................... **หมายเลขโทรศัพท์** ..................................................................
**Email Address** .........................................................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **กลุ่มเป้าหมายที่รับบริการ PrEP (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)** |
| MSM PWID ANCTGW PWUD คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี  TGM Partner of KP oPEP TGSW Partner of PLHIV nPEPMSW Prisoners General Population FSW Migrant สามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์  |

**ถุงยางอนามัย**  O ไม่รับ O รับ 49 mm ......... ชิ้น 52 mm .......... ชิ้น 54 mm ......... ชิ้น 56 mm ......... ชิ้น **สารหล่อลื่น** ..........ซอง

|  |
| --- |
| **พฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (มาครั้งแรก) หรือ พฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (FU) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 1 มีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย กับผู้ที่ไม่ทราบสถานะ เอชไอวีหรือคู่ผลเลือดบวกที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัสหรือยังไม่สามารถกดไวรัสได้ | 7 มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น  ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม เป็นต้น |
| 2 หญิงตั้งครรภ์ ที่มีคู่ผลเลือดบวกที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัสหรือยังไม่สามารถ กดไวรัสได้ | 8 มีการใช้ยาหรือสารเสพติด เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ |
| 3 ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ไม่ทราบสถานะเอชไอวี 4 มีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม (3 คนขึ้นไป) |  9 มีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมเสี่ยง ใน 3 เดือนข้างหน้า |
|  5 มีคู่นอนหลายคน 6 กิน PEP มากกว่า 1 ครั้ง | 10 มีความต้องการจะกิน ถึงแม้ไม่มี  ความเสี่ยงชัดเจน 11 อื่น ๆ |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| เคยกินยา PrEP มาก่อนหรือไม่ : |  O ไม่เคย O เคย วันที่ล่าสุดที่กินยา PrEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \* การประเมินคุณสมบัติในการรับบริการ : |  O ผ่านการประเมิน O ไม่ผ่านการประเมิน |
| \* ให้คำปรึกษา (PrEP Counseling) / แนะนำกิน PrEP : |  O ได้รับ O ไม่ได้รับ |
| \* การตัดสินใจกินยา PrEP : |  O กิน O ไม่กิน |

 |
|  **สาเหตุที่ไม่กินยา :** กลัวอาการข้างเคียง คิดว่าไม่มีความเสี่ยง ไม่สะดวกเดินทาง/ย้ายที่อยู่/ทำงาน ตจว.กังวลว่าจะถูกตีตราจากการกิน PrEP ไม่พอใจบริการ ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาทำการ ค่าบริการแพง อยู่ระหว่าง window period ไม่ประสงค์กินยาด้วยเหตุผลอื่น ๆ |
| **ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| \* Anti-HIV :  ลบ บวก วันที่ตรวจ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ซิฟิลิส : ลบ บวก วันที่ตรวจ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anti-HCV : ลบ บวก วันที่ตรวจ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | หนองใน : ลบ บวก วันที่ตรวจ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CrCl. (eGFR) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ วันที่ตรวจ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | หนองในเทียม : ลบ บวก วันที่ตรวจ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| การตั้งครรภ์ : ตั้งครรภ์ ไม่ตั้งครรภ์ | พยาธิช่องคลอด : ลบ บวก วันที่ตรวจ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| HBsAG : ลบ บวก วันที่ตรวจ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | แผลริมอ่อน : ลบ บวก วันที่ตรวจ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
| **วันที่เริ่มกินยา / วันที่กินยาต่อเนื่อง ว/ด/ป ..............................ครั้งนี้จ่ายยาหรือไม่**  จ่าย  ไม่จ่าย**รูปแบบการกิน PrEP**  1. Daily PrEP  2. On Demand**ยาที่ใช้**   …………………..................................................**จำนวนเวลาที่ใช้ยา** .....................สัปดาห์…………….......วัน**อาการข้างเคียงจากการกินยา**  1. มี .........................  2. ไม่มี**นัดครั้งต่อไป** ว/ด/ป ..................................................... | **การหยุดยา PrEP** มีอาการข้างเคียง คิดว่าไม่มีความเสี่ยงแล้ว ไม่สะดวกเดินทาง/ย้ายที่อยู่/ทำงานตจว. กังวลว่าจะถูกตีตราจากการกิน PrEP ไม่พอใจบริการ ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาทำการ ค่าบริการแพง แพทย์พิจารณาให้หยุดยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ประสงค์กินยาด้วยเหตุผลอื่น ๆ |