

**แบบฟอร์มให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเลือด
VCT (Voluntary counseling for testing)
โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์**

วันเดือนปีที่ให้บริการ.....สิทธิ UC ประกันสังคม เบิกได้ อื่นๆ.....
 แผนกที่ให้บริการ ห้องให้คำปรึกษา TB Clinic ARV CLINIC ANC อื่นๆ.....
 HN.....ชื่อ-สกุล.....
 เลขที่บัตรประชาชน ----

ประเภทผู้รับบริการ

- นักเที่ยวสถานบริการ
- คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV
- มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส
- ANC (รวมค่าหัว UC)
- ตรวจเลือดเพื่อบวช (ชำระเงิน)
- การตรวจเลือดเพื่อสมัครงาน/ประกันชีวิต (ชำระเงิน)
- ผู้ป่วยวัณโรค
- สามีของหญิงตั้งครรภ์
- ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
- สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง
- หญิง-ชายขายบริการ
- หญิง-ชายรักร่วมเพศ
- ผู้ติดยาเสพติด
- ผู้รับบริจาคเลือด
- เปลี่ยนคู่นอนหลายคน
- ตรวจสอบสุขภาพประจำปี (ชำระเงิน)
- ตรวจคัดกรองก่อนการผ่าตัด (ชำระเงิน)
- ตรวจเพื่อสมัครเข้ารับการศึกษา (ชำระเงิน)
- อื่นๆ.....

พฤติกรรมเสี่ยง

- เที่ยวสถานบริการ
- การเจาะอวัยวะ เช่น เจาะหู เจาะลิ้น
การสักบนร่างกาย
- การรับเลือดหรือการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ
- การร่วมเพศทางปากโดยเป็นผู้กระทำ
โดยไม่ได้ป้องกัน
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันจากการล่วงละเมิด
ทางเพศ
- สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง
- คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV
- ขายบริการทางเพศ
- รักร่วมเพศ
- ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น
- รับบริจาคเลือด
- ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง
- ติดเชื้อจากมารดา
- ป่วยเป็นวัณโรค
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย
- คู่นอน/คู่สมรสป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์
- อื่นๆ.....

การส่งตรวจเลือด ตรวจ ไม่ตรวจ

ผลการตรวจเลือด Negative Positive

ผู้ให้คำปรึกษา.....