**แบบบันทึก PrEP**

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

………………\_ \_ \_ \_

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

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

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

|  |
| --- |
| **กลุ่มเป้าหมายที่รับบริการ PrEP (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)** |
| MSM PWID ANC  TGW PWUD คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี   TGM Partner of KP oPEP  TGSW Partner of PLHIV nPEP  MSW 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 |