

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 FSU) 5.พนักงานบริการหญิงอยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง (Non venue-based FSU)
- 6.ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) 7.แรงงานข้ามชาติ (MW) 8.ผู้ต้องขัง (Prisoner)
- 9.มีคู่มือเลือกต่าง 10.หญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดต่าง 11.ประชาชนทั่วไป

ถ้าตอบ 1-3 ให้ระบุ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งแรก ปี

การได้รับบริการตรวจเอชไอวีที่ผ่านมา 0.ไม่เคยในชีวิต 1.เคยตรวจ ระบุ ด/ป ที่ตรวจล่าสุด /..... 2.เคยตรวจแต่จำวันที่ไม่ได้

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

มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ต้องกิน PrEP หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

- 1.มีคู่มือเลือกต่าง 2.ไม่ใช่ถุงยางอนามัย หรือเสี่ยงต่อถุงยางอนามัยแตก/หลุด 3.เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4.ทำงานบริการทางเพศ 5.กิน PEP เป็นประจำโดยไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้ 6.มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน
- 7.ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด 8.ไม่มีคุณสมบัติสำหรับการกิน PrEP 9.อื่นๆโปรดระบุ

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/คุณอนรู 2.กลัวคนเข้าใจผิดว่ามีเชื้อเอชไอวี ช่วง Window period 3.อื่นๆ ระบุ

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

*กลุ่มเป้าหมายที่เป็น PWID ควรมีการคัดกรอง Anti HCV และประเมินด้านสุขภาพจิตว่ามีความพร้อมในการกินยาหรือไม่

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ ระบุ ว/ด/ป.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ตรวจหรือไม่	ผลการตรวจ
ตรวจเอชไอวี	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2.Inconclusive <input type="checkbox"/> 3.Positive
ตรวจซิฟิลิส (ลงได้มากกว่า 1 ข้อ)	<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
ตรวจประเมินการทำงานของไต (Cr)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.ปกติ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ปกติ (creatinine clearance ≤60)
ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2.Positive
ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (Anti HCV)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2.Positive
ตรวจการตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> 2.ตั้งครรภ์

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

หมายเหตุอื่นๆ