

แบบบันทึกการติดตามผู้มารับบริการ PrEP (Follow-up)

รหัส UIC =>

อักษรตัวแรก ของชื่อ	อักษรตัวแรก ของนามสกุล	วันที่เกิด (เช่น วันที่ 1 = 01)	เดือนที่เกิด (เช่น มกราคม = 01)	ปีที่เกิด ตัวเลขสองตัวสุดท้าย
------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

HN

วันที่รับบริการ/เดือน/ /..... /เลขบัตรประชาชน]]-[][][]-[][][][]-[][]-[[

ชื่อ-สกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

การติดตามผู้มารับบริการ PrEP เดือนที่ 1 3 6 9 12 เดือนอื่น ระบุ

วิธีเก็บข้อมูลการติดตาม 1.มารับบริการที่คลินิก 2.สอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์หรือทางอื่น (ผู้รับบริการไม่กลับมาที่คลินิก)

ปัจจุบันยังกิน PrEP อยู่หรือไม่ 1.ยังกินอยู่ 2.หยุดยา ระบุ ว/ด/ป ที่หยุดยา [][]/[][][][]

ในขณะที่กินยาอยู่ สัปดาห์ที่ผ่านมากิน PrEP ได้กี่วัน 0 วัน 1 วัน 2 วัน 3 วัน 4 วัน 5 วัน 6 วัน 7 วัน

กรณีหยุดยา ให้ระบุเหตุผลที่หยุดยา (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

- 1.มีอาการข้างเคียง 2.คิดว่าไม่มีความเสี่ยงแล้ว 3.ไม่สะดวกเดินทาง/ย้ายที่อยู่/ทำงานตจว. 4.กลัวครอบครัว/เพื่อนรู้
- 5.กลัวคนเข้าใจผิดว่ามีเชื้อเอชไอวี 6.ไม่พอใจบริการ 7.ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาทำการ 8. ค่าบริการแพง
- 9.ไม่ประสงค์กินยาด้วยเหตุผลอื่นๆ ระบุ
- 10.แพทย์พิจารณาให้หยุดยา

มีพฤติกรรมเสี่ยงเสี่ยงอะไรบ้างในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

- 1.ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหรือถุงยางแตกรั่ว 2.มีคู่นอนหลายคนไม่ได้ใช้ถุงยางทุกครั้ง 3.ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
- 4.กิน PEP เป็นประจำโดยไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ 5.เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 6.อื่นๆ ระบุ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ตรวจหรือไม่	ผลการตรวจ
ตรวจเอชไอวี (ทุกครั้ง)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.Negative <input type="checkbox"/> 2.Inconclusive <input type="checkbox"/> 3.Positive*
ตรวจซีฟิลิส (ทุก 6 เดือน) (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) (เดือนที่ 3 และต่อไปทุก 6 เดือน)	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> 1.ปกติ <input type="checkbox"/> 2.ไม่ปกติ (creatinine clearance ≤ 60)
ติดตามประเมินอาการข้างเคียง	<input type="checkbox"/> ประเมิน	<input type="checkbox"/> 1.คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> 2.ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> 3.อื่นๆ ระบุ

*HIV positive ในช่วงกิน PrEP ให้ส่งตรวจ Drug resistance (ดูแบบฟอร์มการส่งตรวจ DR)

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

หมายเหตุอื่นๆ

.....

.....

.....