

# ลับ

## การติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome: AIDS)

ID No. .... ชื่อสถานพยาบาล .....  
วันที่บันทึก ..... HN ..... AN .....

### 1. ประวัติทั่วไป

ชื่อ ..... นามสกุล ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน  
อาชีพ ..... สัญชาติ ..... เชื้อชาติ .....  
สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่  
มีบุตรที่มีชีวิต จำนวน ..... คน  
1. .... 4. ....  
2. .... 5. ....  
3. .... 6. ....

ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ .....  
ภูมิลำเนาเดิม ..... โทรศัพท์ .....  
สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ .....  
การวินิจฉัยโรค  ติดเชื้อ HIV โดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV Infection)  
 โรคเอดส์ (ติดเชื้อ HIV ร่วมกับมีอาการป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 26 โรค)  
.....

### 2. ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 3. ประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสรุป

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ผลการตรวจเลือด

ครั้งที่ 1 เมื่อ ..... สถานที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ .....

ครั้งที่ 2 เมื่อ ..... สถานที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ .....

ครั้งที่ 3 เมื่อ ..... สถานที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ .....

## 4. เมื่อจัดกลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือสิ่งที่เข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งหรือไม่

- 4.1 ผู้ป่วยเป็นชายรักร่วมเพศ หรือรักสองเพศ หรือเป็นชาย  
ให้บริการทางเพศแก่ชายด้วยกันใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 4.2 ผู้ป่วยใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 4.3 ผู้ป่วยเป็นนักโทษในเรือนจำหรือเคยต้องโทษในเรือนจำใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 4.4 ผู้ป่วยเป็นพนักงานบริการหญิง หรือเคยเป็นพนักงานบริการหญิงใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 4.5 ผู้ป่วยเป็นเด็กทารกหรือเด็กเล็กที่เกิดจากมารดามีหรือสงสัยว่ามีเชื้อโรคเอดส์ใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 4.6 ผู้ป่วยเคยได้รับเลือดที่มีหรือสงสัยว่ามีเชื้อโรคเอดส์ใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 4.7 ผู้ป่วยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยดูแลผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยว่ามีเชื้อโรคเอดส์ใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
- 4.8 ผู้ป่วยเป็นชายหรือหญิงที่เคยใช้บริการทางเพศจากพนักงานบริการเพศตรงข้าม  
หรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่วรรณสัมพันธ์บ่อย ๆ และไม่มีพฤติกรรมแบบริกร่วมเพศใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

## 5. ผู้ป่วยที่เคยได้รับเลือดที่มีหรือสงสัยว่าจะมีเชื้อโรคเอดส์

เคยได้รับเลือด  เพียงครั้งเดียว ระบุสาเหตุที่ต้องรับเลือด เป็นโรค .....

มากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากโรคที่ต่างกัน ระบุชื่อโรค .....

มากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากโรคเดียวกัน ชื่อโรค .....

จำนวนเลือดที่ได้รับทั้งหมด ..... ครั้ง รวม ..... ยูนิตเคยได้รับเลือดที่โรงพยาบาลใดบ้าง

ครั้งที่ 1 เมื่อเดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

ครั้งที่ 2 เมื่อเดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

ครั้งที่ 3 เมื่อเดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

## 6. ผู้ป่วยที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยดูแลผู้ป่วย หรือสงสัยว่าจะมีเชื้อโรคเอดส์

ตำแหน่งหน้าที่ของท่าน  แพทย์  พยาบาล  ทันตแพทย์

ผู้ช่วยพยาบาล  นักการ  อื่น ๆ .....

ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุดังต่อไปนี้ ในขณะที่ปฏิบัติงานหรือไม่

- เข็มตำ  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

- กระจกบาด  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

- เลือดผู้ป่วยกระเด็นเข้าปากหรือตา  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

ท่านเคยร่วมทำหัตถการในผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือสงสัยว่าจะมีเชื้อโรคเอดส์ อย่างไม่อย่างหนึ่ง ต่อไปนี้หรือไม่

- ผ่าตัดใหญ่ ระบุ .....  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

- ผ่าตัดเล็ก ระบุ .....  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

- เจาะเลือด ให้น้ำเกลือ ฉีดยา  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

- ใส่สายยาง หรือท่อเข้านิ้วผู้ป่วย  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

- อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่เคย  เคย เมื่อ .....

## 7. ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส

เคยกินยาต้านไวรัส

เพียงครั้งเดียว เมื่อ .....

มากกว่า 1 ครั้ง

ครั้งที่ 1 เมื่อเดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

ครั้งที่ 2 เมื่อเดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

ครั้งที่ 3 เมื่อเดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่ .....

จำนวนครั้งที่กินยาต้านไวรัสทั้งหมด ..... ครั้ง รวม ..... เม็ด

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

คู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย .....

การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ .....

ผู้ป่วย .....

คู่นอน .....

## 8. ผู้สัมผัสโรค

8.1 ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว และอื่น ๆ

ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่-โทรศัพท์	ได้รับการ ตรวจเลือดหรือไม่

8.2 ผู้ร่วมเพศสัมพันธ์

ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่-โทรศัพท์	ได้รับการ ตรวจเลือดหรือไม่

8.3 ผู้ร่วมใช้เข็มและกระบอกฉีดยา

ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่-โทรศัพท์	ได้รับการ ตรวจเลือดหรือไม่

8.4 บุคลากรทางการแพทย์

ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่-โทรศัพท์	ได้รับการ ตรวจเลือดหรือไม่

8.5 อื่น ๆ ระบุความสัมพันธ์

ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่-โทรศัพท์	ได้รับการ ตรวจเลือดหรือไม่

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
 ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....  
 หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....