**แบบบันทึกการให้คำปรึกษารายบุคคล**

ชื่อ – สกุล............................................................ อายุ.........ปี ID NO………………………………… HN…………………… วันที่...............................

ที่อยู่ ..................................................................................... เบอร์โทร........................................สิทธิการรักษา 🗌 AU 🗌 A7 🗌 A21 🗌 A1 🗌 ..........

**ข้อมูลส่วนตัว** 🗌 ชาย 🗌 หญิง ศาสนา 🗌 พุทธ 🗌 คริส 🗌 อิสลาม 🗌 อื่นๆ................... ภูมิลำเนา......................................

**สถานภาพสมรส** 🗌 แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน....ปี 🗌 โสด 🗌 หม้าย 🗌 หย่า/ร้าง 🗌 อยู่ด้วยกันไม่ได้สมรส

**การศึกษา**  🗌 ต่ำกว่า ป.4/ไม่ได้เรียน 🗌 ประถมศึกษา 🗌 ม3,ม6 ,ปวช 🗌ปวส/อนุปริญญา 🗌 ปริญญาตรี 🗌 สูงกว่าปริญญาตรี

**อาชีพปัจจุบัน** 🗌 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 🗌 พนักงานบริษัท/โรงแรม 🗌 ค้าขาย 🗌 ธุรกิจส่วนตัว 🗌 รับจ้าง/กรรมกร 🗌 ว่างงาน

🗌 นักเรียน/นักศึกษา 🗌 เกษตรกร 🗌 แม่บ้าน 🗌 ขายบริการทางการเพศ 🗌 อื่นๆ...........................................

**อาชีพเสริม**............................... รายได้รวม...............บาท/เดือน 🗌 เพียงพอ 🗌 ไม่เพียงพอ 🗌 มีหนี้สิน 🗌 ไม่มีหนี้สิน

**อาชีพก่อนปัจจุบัน** 🗌 ระบุ..........................................

**ประเภทผู้รับบริการ** 🗌 MSM (🗌บริการ 🗌TG 🗌TG แปลงเพศ ) 🗌 FSW (🗌มีหลักแหล่ง 🗌ไม่มีหลักแหล่ง) 🗌 IVDU 🗌 ประชาชนทั่วไป 🗌 อื่นๆ...............................

**ประเภทการรับบริการ** 🗌 PRE TEST 🗌 POST TEST 🗌 PRE-POST TEST 🗌 Advice BBP 🗌 Discliosure 🗌 ARV 🗌 อื่นๆ...................................

**รูปแบบการให้บริการ** 🗌CITC 🗌 PITC ( ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ 🗌รายเดี่ยว 🗌 รายกลุ่ม) 🗌 CHCT

**ประวัติการเจาะเลือด** 🗌 ไม่เคย 🗌 เคย วันที่................... สถานที่....................... ผลการตรวจ 🗌 Positive 🗌 negative 🗌 ไม่ทราบผล/ไม่ชัดเจน

**เหตุผลการเจาะ** 🗌 มีอาการเจ็บป่วย 🗌 คู่นอนติดเชื้อ 🗌 คู่นอนน่าสงสัย 🗌 คู่นอน/ตนเองมี Risk 🗌 อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ 🗌 ผู้ป่วย TB

🗌 ฝากครรภ์/คลอด 🗌 สามีหญิงตั้งครรภ์ 🗌 มารดาติดเชื้อ/สงสัยติดเชื้อ 🗌 สมัครงาน/บริษัทให้ตรวจ 🗌 Rape 🗌 PEP

🗌 ก่อนทำหัตถการ 🗌 ตรวจซ้ำตามระบบ 🗌 อื่นๆ.............................................................................................

**พฤติกรรมเสี่ยง** 🗌 ปฏิเสธ Risk (ไม่มีประวัติ SI ,สัมผัสสารคัดหลั่งใด) 🗌 IVDU 🗌 Blood Tranfusion 🗌 Homosexual 🗌 Heterosexual

🗌 Bisexual 🗌 Occupational Exposure 🗌 Rape 🗌 คลอดจากมารดาBBP 🗌 PEP 🗌 อื่นๆ........................

**PRE COUNSELING** 🗌 ได้รับ 🗌 ไม่ได้รับเพราะ..........................................................................................................................................

**กิจกรรม** 🗌 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง/การถ่ายทอดเชื้อ 🗌 รับทราบข้อมูลประกอบการตัดสินใจ 🗌 เซ็นชื่อยินยอมตรวจเลือด

**HIV TEST** 🗌 ตรวจ 🗌 ไม่ตรวจ เพราะ 🗌 ไม่เสี่ยง 🗌 ไม่ยินยอม

**ผลการตรวจ** 🗌 Negative 🗌 Indeterminate 🗌 Positive โดยวิธีการ 🗌 CLIA 🗌 GPA 🗌 Rapid test เมื่อวันที่................................

**คู่เพศสัมพันธ์** 🗌 ไม่มี 🗌 มี 🗌 Pre – post พร้อมคู่  ผลเลือดของคู่ 🗌 Negative 🗌 Indeterminate 🗌 Positive

**POST COUNSELING** 🗌 ได้รับ วันที่.......................... 🗌window period ( F/U วันที่......................) 🗌 ไม่ได้รับเพราะ........................................

**ประเด็นการปรึกษา** 🗌 ปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง/ป้องกันการรับ/ถ่ายทอดเชื้อ 🗌 CHCT 🗌 โรค 🗌 OI 🗌 ARV 🗌 Discioure Csg 🗌 Save Sex

🗌 Psycho support 🗌 การปฏิบัติตน 🗌 การดูแลตนเอง🗌 สิทธิการรักษา 🗌 โภชนาการ 🗌 การออกกำลังกาย

🗌 กลุ่มผู้ติดเชื้อ 🗌 อื่นๆ .................................................................................................................................................

**การยอมรับผลเลือด** 🗌 ยอมรับได้ 🗌 ยอมรับไม่ได้ เพราะ..............................................................................................................................

**การเปิดเผยผลเลือด** 🗌 บอกสามี/ภรรยา 🗌 บอกบางคนระบุ.................... 🗌 ไม่บอก ระบุเหตุผล...............................................................

**การยอมรับของครอบครัว** 🗌 รับได้ 🗌 รับไม่ได้ ระบุ...............................................................................................................................................

**การเปิดเผยกับชุมชน** 🗌 ไม่เปิดเผย 🗌 เปิดเผยกับ..............................................................................................................................................**การติดเชื้อของคนในครอบครัว** 🗌 ไม่มี 🗌 มี ระบุ ... 🗌 สามี/ภรรยา 🗌 ลูก............... 🗌 บิดา/มารดา ………………🗌.อื่นๆ...........................

**ความเชื่อส่วนบุคคล** 🗌 ไสยศาสตร์ 🗌 ทรงเจ้า/เข้าทรง 🗌 หมอดู 🗌 เทพเจ้า 🗌แพทย์แผนปัจจุบัน 🗌 อื่นๆ.............................................

**ความคิดทำร้ายตัวเอง** 🗌 ไม่มี 🗌 มีเมื่อทราบผล 🗌 มีเมื่อเจ็บป่วยมาก 🗌 คิดทำร้ายผู้อื่น/แพร่เชื้อ 🗌 เคยคิดฆ่าตัวตาย เมื่อ ..........................

🗌 เคยพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อ..................วิธีการ.................................................... 🗌 ไม่แน่ใจ

**พฤติกรรมทางเพศ** 1. คู่นอนประจำ 🗌 ใช้ทุกครั้ง 🗌 ใช้บางครั้ง 🗌 ไม่ใช้ 🗌 งดเพศสัมพันธ์

**(ก่อนตรวจเลือด)** 2. คู่นอนชั่วคราว 🗌 ใช้ทุกครั้ง 🗌 ใช้บางครั้ง 🗌 ไม่ใช้ 🗌 งดเพศสัมพันธ์

3. ผู้ขายบริการทางเพศ 🗌 ใช้ทุกครั้ง 🗌 ใช้บางครั้ง 🗌 ไม่ใช้ 🗌 งดเพศสัมพันธ์

**พฤติกรรมทางเพศ** 1. คู่นอนประจำ 🗌 ใช้ทุกครั้ง 🗌 ใช้บางครั้ง 🗌 ไม่ใช้ 🗌 งดเพศสัมพันธ์

**(หลังตรวจเลือด)** 2. คู่นอนชั่วคราว 🗌 ใช้ทุกครั้ง 🗌 ใช้บางครั้ง 🗌 ไม่ใช้ 🗌 งดเพศสัมพันธ์

3. ผู้ขายบริการทางเพศ 🗌 ใช้ทุกครั้ง 🗌 ใช้บางครั้ง 🗌 ไม่ใช้ 🗌 งดเพศสัมพันธ์

**การส่งต่อ** 🗌 นัดคัดกรอง OI คลินิก MED วันที่...................... 🗌 เตรียมสิทธิการรักษา 🗌 นัดเตรียมCD4 🗌 ARV Clinic

🗌 Refer รพ......................... 🗌 ยุติการบริการเนื่องจาก................................... 🗌 อื่นๆ.........................

**ข้อมูลส่งต่อ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

........................................ผู้ให้คำปรึกษา

วันที่.............................

การช่วยเหลือต่อเนื่อง **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

........................................ผู้ให้คำปรึกษา

วันที่.............................

กรุณาส่งคืนจิตเวช ทุกครั้งหลังจากเสร็จกิจกรรม ขอบคุณคะ