

## ข้อควรรู้ก่อนการตรวจเอ็ดส์

สถานพยาบาล/สถาบัน ....ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.....

### (1) ความรู้เกี่ยวกับเอ็ดส์

โรคเอ็ดส์เกิดจากการติดเชื้อเอ็ดส์หรือเอชไอวี (HIV) ซึ่งเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ

1.1 ทางเพศสัมพันธ์

1.2 ทางเลือด เช่น ได้รับเลือดของคนที่เป็นโรค หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับคนที่เป็นโรค

1.3 จากแม่ไปสู่ลูกในขณะท้อง ตอนคลอด หรือจากการกินนมแม่

อาการของโรคเอ็ดส์ในระยะต้น อาจมีแค่ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว ซึ่งผู้ที่เป็นอาจไม่รู้สึกรบกวนแต่โดย ต่อมาจึงเริ่มมีอาการแสดงออกมากขึ้น เช่น เป็นเชื้อราในปาก เป็นงูสวัด ท้องเสียบ่อย ๆ น้ำหนักลด และในที่สุดจะมีอาการโรคเอ็ดส์เต็มขั้น เช่น เชื้อราขึ้นสมอง ปอดอักเสบรุนแรง เป็นมะเร็ง สมองเสื่อม ซึ่งอาการตั้งแต่ระยะต้นจนถึงเอ็ดส์เต็มขั้น อาจใช้เวลานานหลายปี ผู้ที่มีอาการในขั้นสุดท้ายหากไม่ได้รับการรักษา มักจะเสียชีวิตภายใน 2-3 ปี

### (2) การตรวจเลือดเอ็ดส์

วิธีการตรวจเอ็ดส์ที่นิยมมากที่สุด คือ การตรวจเลือด หากผลเลือดเป็นบวก แปลว่ามีเชื้อเอ็ดส์ หากผลเลือดเป็นลบ แปลว่าตรวจไม่พบเชื้อเอ็ดส์

การพบเลือดบวกไม่ได้แปลว่าจะต้องมีอาการเสมอไป เพราะบางครั้งเพิ่งได้รับเชื้อมาไม่นาน ในช่วง 1-2 เดือนแรก เลือดจะยังเป็นลบอยู่ ต่อมาจึงกลายเป็นบวก ดังนั้นหากได้ผลเลือดเป็นลบและมีเหตุควรสงสัย ควรจะตรวจซ้ำอีก 3-6 เดือนต่อมา ถ้าผลเป็นลบอีกจึงจะแน่ใจว่าไม่ติดเชื้อ

### (3) ทำไมควรตรวจเอ็ดส์

การรู้ว่าตัวเองมีเชื้อเอ็ดส์หรือไม่ มีประโยชน์หลายอย่าง เช่น จะได้ป้องกันคนที่รัก เช่น สามี ภรรยา ลูกที่จะเกิดมา ไม่ให้ติดเชื้อเอ็ดส์ตาม และจะได้ดูแลสุขภาพของตัวเองไม่ให้โรคเอ็ดส์ในตัวกำเริบ จะได้มีชีวิตยืนยาวอย่างแข็งแรงและมีคุณภาพดีที่สุดในชีวิต

### (4) ผลกระทบจากการตรวจเอ็ดส์

ไม่ว่าผลการตรวจจะออกมาเป็นบวกหรือลบ อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับการตรวจได้ บางทีเพียงแค่มั่นใจว่าไปตรวจ อาจไปเล่าลือให้เสียหายได้

ถ้าได้ผลออกมาเป็นบวก บางคนอาจรับสภาพไม่ได้ อาจคิดสั้น หมดหวังในชีวิต อาจทำให้ที่ทำงานเลิกจ้าง บริษัทประกันบางแห่งอาจไม่รับประกันถ้าไม่บอกผลตรวจเอ็ดส์หรือถ้าได้ผลบวก

แม้แต่ในรายที่ได้ผลออกมาเป็นลบ ก็อาจสร้างปัญหาได้ เช่น กรณีที่เพิ่งได้รับเชื้อมาแค่ 1-2 เดือน ตรวจเลือดแล้วไม่พบ จึงไปมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาหรือคนอื่น ๆ โดยไม่มีการป้องกันทำให้แพร่เชื้อออกไปก่อนที่จจะรู้ว่าตัวเองมีเชื้ออยู่

(5) สิทธิของผู้รับการตรวจเอ็ดส์

ผู้รับการตรวจเอ็ดส์มีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ผู้รับการตรวจควรทราบถึงสิทธิก่อนรับการตรวจเอ็ดส์ ดังนี้

5.1 เว้นแต่กรณีฉุกเฉินหรือมีเหตุผลความจำเป็นอย่างยิ่งในการตรวจเอ็ดส์ทุกครั้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะต้องอธิบายการตรวจ การแปลผล และผลกระทบให้แก่ผู้รับการตรวจจนเป็นที่เข้าใจ และจะตรวจได้ก็ต่อเมื่อผู้รับการตรวจหรือผู้ปกครอง (ในกรณีที่อายุน้อยกว่า 18 ปี) เซ็นยินยอมรับการตรวจแล้วเท่านั้น

5.2 ผู้รับการตรวจมีสิทธิซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนและผลการตรวจ โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะต้องตอบคำถามและให้คำแนะนำจนเข้าใจ

5.3 ผลการตรวจเอ็ดส์เป็นความลับระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจเท่านั้น ซึ่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะต้องรักษาความลับของผู้รับการตรวจอย่างเคร่งครัด

การแจ้งผลต่อผู้อื่น แพทย์จะกระทำได้ต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้รับการตรวจ หรือจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแล้วแต่กรณี หรือเมื่อแพทย์ต้องปฏิบัติตามหน้าที่หรือตามกฎหมาย

5.4 ผู้รับการตรวจควรทราบว่า หากไม่ตรวจ ณ สถานที่แห่งนั้น จะสามารถไปตรวจที่ได้ก็ได้ หรืออาจมีทางเลือกอื่น ๆ เช่น ไปขอรับการตรวจที่คลินิกนิรนาม ซึ่งให้บริการตรวจโดยไม่ต้องแจ้งชื่อ

5.5 ผู้รับการตรวจเอ็ดส์อาจไม่ขอทราบผลการตรวจเอ็ดส์ก็ได้

# หนังสือแสดงความยินยอม

เอกสารหมายเลข 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) .....  
อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้า (.....) ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอ็ดส์” แล้ว

(.....) ไม่ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอ็ดส์”

อย่างไรก็ดี (.....) มีผู้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอ็ดส์” ให้ฟังแล้ว

คือ .....

(.....) ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอ็ดส์จากแพทย์

หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว

(.....) มีโอกาสซักถาม และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจเอ็ดส์นี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคหรือฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า (.....) มีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจเอ็ดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ (.....) ยินยอมให้ ดช./ดญ./นาย/นางสาว ..... ซึ่งเป็นเด็ก

อายุน้อยกว่าสิบแปดปีหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรสหรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และยังคงอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจเอ็ดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ (.....) ไม่มีความประสงค์ หรือไม่ยินยอมให้มีการตรวจเอ็ดส์จากสถานพยาบาลหรือสถานบันแห่งนี้

ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีความประสงค์หรือยินยอมให้มีการตรวจเอ็ดส์จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้ ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจดีว่า ข้าพเจ้าอาจได้รับผลกระทบต่าง ๆ ดังตัวอย่างในคำอธิบายข้อ (4) ทั้งนี้

ข้าพเจ้า (.....) ต้องการทราบผลการตรวจ

(.....) ไม่ต้องการทราบผลการตรวจ

ลงนาม .....

(.....)

(.....) ผู้ขอรับการตรวจ

หรือ (.....) ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น .....

ลงนาม .....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม .....

(.....)

พยาน

วัน ..... เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือแสดงความยินยอมขอทราบผลเลือด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) ..... ได้รับทราบผลการตรวจเอ็ดส์จากแพทย์/หรือ  
เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว

ลงนาม .....

(.....)

ผู้ขอรับผลการตรวจเลือด

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม .....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้แจ้งผลเลือด

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

### การแจ้งผลการตรวจเอดส์แก่บุคคลอื่น

ข้าพเจ้ายินยอมให้แจ้งผลการตรวจเลือดแก่

(.....) คู่สมรสของข้าพเจ้า คือ.....

(.....) ญาติของข้าพเจ้า คือ.....

(.....) นายจ้างของข้าพเจ้า คือ.....

ลงนาม .....

(.....)

(.....) ผู้ขอรับการตรวจ

หรือ (.....) ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น .....

ลงนาม .....

(.....)

แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม .....

(.....)

พยาน

วัน ..... เดือน..... พ.ศ.....