

กรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ตามคู่มือ การจัดการบริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

๑ วิธีการตรวจสอบ

๑.๑ การตรวจสอบว่าเจ้าหน้าที่จัดทำเอกสารหลักฐานการปฏิบัติงาน, กรอกข้อมูลครบถ้วนตามที่คู่มือการจัดการบริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกำหนด

วิธีการตรวจสอบ

- ตรวจสอบจากเอกสารแบบบันทึกการให้คำปรึกษาก่อนเจาะเลือด HIV ตรวจโดยเลข HN/ID ของผู้รับบริการ จำนวนร้อยละ ๑๐๐ ของกลุ่มเป้าหมาย
 - ตรวจสอบการลงข้อมูลโปรแกรม HosXP และ NAP plus ครบถ้วนและถูกต้อง
- ๑.๒ ตรวจสอบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติตามขั้นตอน ครบถ้วนและถูกต้องทุกขั้นตอน ตามที่คู่มือปฏิบัติงานกำหนด

วิธีการตรวจสอบ

- สังเกตจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

๒ ขั้นตอนการตรวจสอบ

๒.๑ กำกับติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

- หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ
- ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน (นางสาวศรัณญา โพธิ์ถวิลเกียรติ์)
- ฝ่ายตรวจสอบ (ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค โรงพยาบาลเก้ายาว)

๒.๒ ขั้นตอนการตรวจสอบ

- ตรวจสอบเอกสาร บันทึกการปฏิบัติงาน การลงข้อมูลในโปรแกรม/เว็บไซต์ ครบถ้วนถูกต้องตามที่คู่มือการจัดการบริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กำหนด

- นำเวชระเบียนที่กำหนดมาตรวจสอบ แบบบันทึกการให้คำปรึกษาก่อน/หลังการเจาะเลือดเอชไอวี

๓. กลไกการติดตามต่อเนื่อง

ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิ /ฝ่ายตรวจสอบ ตรวจสอบหลักฐานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามคู่มือการจัดการบริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทุก ๓ เดือน และรายงานผลการตรวจสอบกำกับติดตามต่อหัวหน้าหน่วยงาน และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการแก้ไขหากพบข้อบกพร่อง

- การเก็บรักษาความลับของผู้มารับบริการ
 - เจ้าหน้าที่ผ่านอบรมการให้คำปรึกษาเอชไอวีเบื้องต้น
 - สรุปรายงานทุกเดือน และรายงานในที่ประชุม
 - นำผลมาปรับปรุงพัฒนา

ผลการประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้บริการ ให้คำปรึกษา ก่อนและหลังตรวจเลือดหา Anti HIV

๑. การประเมินเบื้องต้น

- ๑.๑ มีการสอบถามความต้องการมาตรวจ Anti HIV คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- ๑.๒ มีการสอบถามเคยรับการตรวจ Anti HIV มาก่อนหรือไม่ ครั้งล่าสุดเมื่อไหร่ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- ๑.๓ มีการสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- ๑.๔ มีการสอบถามผู้รับบริการ จัดเข้ากลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒. การให้คำปรึกษา

๒.๑ ประเภทของการให้คำปรึกษารายบุคคล/พร้อมคู่ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒.๒ ประเมินอาการทางจิตใจต่อการตัดสินใจตรวจ Anti HIV คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒.๓ มีการสอบถาม ถ้าผลเลือดเป็นบวกหรือลบ แนวทางการดูแลตนเองเป็นอย่างไร
คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓. การให้คำแนะนำ

๓.๑ แจ้งผลการตรวจเลือด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓.๒ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ข้อมูลการลงโปรแกรม NAP plus

กรุณาลงทะเบียนข้อมูล NAP ของคุณ

การกรอกข้อมูล

- ☒ การให้บริการผู้สมัคร / ผู้เรียนใหม่
- ☐ การจัดการข้อมูลระบบ
- ☐ การบริหารจัดการงาน

ชื่อผู้ใช้ : จุฑาทิพย์ ลอแสงแก้ว เหนือวงษ์ : โรงเรียนนานาชาติเกษมสินธุ์
วันที่ : 31 ส.ค. 2563

*** บันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา ***

**** กรอกรับที่ให้บริการ VCT หรือ เลขประจำตัวประชาชน หรือ UIC แล้วกดปุ่ม "เพิ่มข้อมูลการให้คำปรึกษา" ****

☒ กลุ่มทั่วไป	* วันที่ให้บริการ VCT (dd/mm/yyyy) : * เลขประจำตัวประชาชน :	
☐ กลุ่มนิรนาม	* วันที่ให้บริการ VCT (dd/mm/yyyy) : * UIC :	

การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น :		การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น	
* การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น :	☒ มีพฤติกรรมเสี่ยง ☐ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง		
		กลุ่มประชากรเสี่ยง	
* กลุ่มผู้มารับบริการ :	☐ MSM ☐ TGW ☐ TGM ☐ TGSW ☐ MSW ☐ FSW	☐ PWID ☐ PWUD ☐ Partner of KP ☐ Partner of PLHIV ☐ Prisoners ☐ Migrant	☐ ANC ☐ คลอดจากแม่มืออาชีพ ☐ oPEP ☐ nPEP ☒ General Population ☐ สามี คู่ของหญิงตั้งครรภ์
		ความเสี่ยง	
ปัจจัยเสี่ยง :		☒ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันทางช่องท่างต่าง ๆ ☐ การกระจ่ายเชื้อจากแม่สู่ลูก ก่อนหรือระหว่างการคลอด หรือระหว่างความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่หลังจากรอคอด ☐ สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ ☐ ใช้เข็มฉีดยา กระบอกรัดยา และอุปกรณ์ฉีดยาอื่นๆ ร่วมกัน ☐ มีประวัติรับเลือดและปลูกถ่ายอวัยวะ	
การให้คำปรึกษา			
* Pre-test :	☒ ทำ ☐ ไม่ทำ	* Post-test :	☒ ทำ ☐ ไม่ทำ
* วันที่ทำ :	31/08/2563	* วันที่ทำ :	31/08/2563
* รูปแบบการเข้าถึงบริการ :	☐ บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เสนอรับการปรึกษา เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (PICT) ☒ ผู้รับบริการแสดงความต้องการ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (CITC) ☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการแบบเดี่ยว เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Providing pre-test information on the purpose of testing)	* couple counseling :	☐ รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่ แต่ไม่ได้รับผลเลือดพร้อมกัน (รับทราบผลเลือดของตัวเองหรือไม่) ☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ ☐ รับบริการปรึกษาก่อนตรวจพร้อมคู่ และรับทราบผลเลือดพร้อมกัน ☒ มีคู่ แต่ดูไม่ได้ตรวจ ☐ ไม่มีคู่ ☒ สงสัย
* วิธีการให้คำปรึกษา :	☐ รายกลุ่ม ☒ รายบุคคล ☐ ให้การปรึกษาแบบคู่ (couple counseling)	* การส่งต่อ STI :	☒ ไม่ได้ตรวจ ☐ ได้รับการตรวจ ☒ ซิฟิลิส (Syphilis) ☐ ผลบวกและตรวจยืนยันด้วย TPHA ☐ หนองใน (Gonorrhea) ☐ หนองในเทียม (Chlamydia) ☐ พยาธิช่องคลอด (Trichomonas) ☐ มะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ☐ มะเร็งทวารหนัก (Anal Pap Smear)
			☒ ไม่ส่งต่อ

แบบบันทึกการให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือดเอชไอวี โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว

แบบบันทึกการให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือดเอชไอวี โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว

เลขที่บัตรประชาชน..... อายุ.....ปี HN.....
 เพศ.....หญิง.....ชาย อาชีพ..... สถานภาพ..... เชื้อชาติ.....

1. สาเหตุการมาตรวจเลือด

.....สมัครงาน.....แพทย์สั่ง.....ตัวเอง

2. เคยตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อมาก่อนหรือไม่

.....ไม่เคย.....เคย(จำนวนครั้ง)..... สาเหตุการตรวจครั้งก่อน.....

ตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่..... ผลการตรวจ..... สถานที่ตรวจ.....

3. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง(ในมุมมองผู้มารับบริการ) เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

.....ไม่เสี่ยง.....เกี่ยวข้องกับ.....เจาะฉวยวะ/สักตามร่างกาย
การรับเลือด.....เปลี่ยนถ่ายฉวยวะ.....ร่วมเพศทางปากโดยเป็นผู้กระทำ
ขายบริการทางเพศ.....รักร่วมเพศ.....ใช้ยาเสพติดเข้าเส้น
บริจาคเลือด.....ติดเชื้อจากมารดา.....ป่วยเป็นวันโรค
เพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ Condom.....อื่นๆ

รายละเอียดพฤติกรรมเสี่ยง.....

4. ประเภทผู้เข้ารับบริการ

.....นักเที่ยวสถานบริการ.....คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ.....มีSexกับคนอื่นโดยไม่ป้องกัน.....ตรวจเลือดเพื่อรพ
ตรวจเลือดเพื่อสมัครงาน.....สป.วันโรค.....สามีหญิงตั้งครรภ์.....หญิง/ชายขายบริการ
หญิง/ชายรักร่วมเพศ.....ผู้ติดเชื้อเสพติด.....ผู้รับบริจาคเลือด.....เปลี่ยนถื่นอนหลายคน
ถื่นอน/ถื่นสมรสมีพฤติกรรมเสี่ยง.....ถื่นอน/ถื่นสมรสป่วยหรือเสียชีวิตด้วยเอดส์.....ANC

5. กรณีถ้าผลเลือดเป็นบวกผู้รับคำปรึกษามีความคิดต่อไปหรือไม่

คิดฆ่าตัวตาย.....ไม่มี.....มี.....ไม่แน่ใจ.....ไม่ทราบ
 คิดฆ่าคนอื่นใกล้ชิด.....ไม่มี.....มี.....ไม่แน่ใจ.....ไม่ทราบ
 การบอกผลเลือดกับผู้อื่น.....ไม่บอกเพราะ.....
บอกใครระบุ.....เพราะ.....

6. การตัดสินใจตรวจเลือดหลังการให้การปรึกษา.....ตรวจ.....ไม่ตรวจ

7. สุขภาพขณะรับการปรึกษา.....

8. ข้อสังเกตอื่นๆของผู้ให้การปรึกษา.....

9.นัดมาทั้งหมดเลือด.....รอทั้งหมดเลือด.....นัดวันที่.....เวลา.....น.

ผู้ให้คำปรึกษา.....

วันที่.....

แบบบันทึกการให้การปรึกษาหลังการเจาะเลือดเอชไอวี โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว

แบบบันทึกการให้การปรึกษาหลังการเจาะเลือดเอชไอวี โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว

1. ผลการตรวจเลือด

.....ลบ

.....ลบ(Window) นั้คครั้งต่อไปวันที่.....

.....บวก นั้คครั้งต่อไปวันที่.....

2. พฤติกรรมขณะบอกผลเลือด.....

3. คำแนะนำที่ให้

.....การใช้ถุงยาง

.....การป้องกัน/ฉีดระยะแฝง

.....การเข้าคลินิกเอดส์เพื่อตรวจ CD4 ,รับยาป้องกันโรคจยโอกาส,ยาต้านไวรัส

4. การติดตามกลุ่มสมรวัับการตรวจเลือดมาไม่มาเพราะ.....

5. ปัญหา/สภาพอารมณ์เกี่ยวกับผู้มารับบริการ.....

6. ข้อสังเกตอื่นๆของผู้ให้การปรึกษา.....

7. ช่องทางติดต่อเบอร์โทรศัพท์/ที่อยู่.....

ผู้ให้คำปรึกษา.....

วันที่.....

แผนผังกระบวนการจัดบริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ประชาชนทั่วไป)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว

