

วิธีการตรวจสอบและขั้นตอนการตรวจสอบ

๑ วิธีการตรวจสอบ

๑.๑ การตรวจสอบว่าเจ้าหน้าที่จัดทำเอกสารหลักฐานการปฏิบัติงาน,กรอกข้อมูลครบถ้วนตามที่คู่มือการให้บริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกำหนด

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 (นางสาวศรัญญา โพธิ์ถวิลเกียรติ์)

- ฝ่ายตรวจสอบ (ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค โรงพยาบาลเก้ายาว)

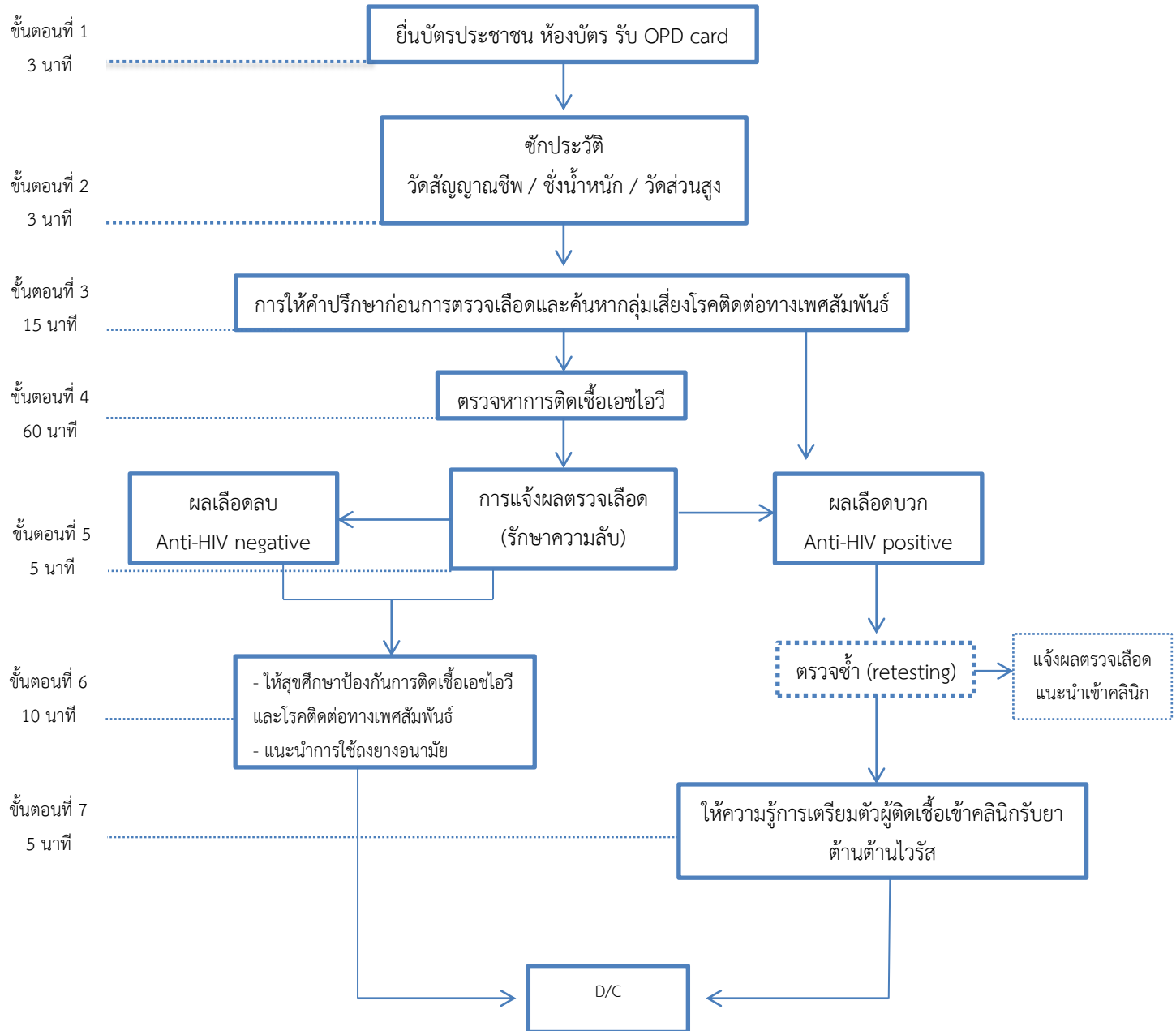
๒.๒ ขั้นตอนการตรวจสอบ

-ตรวจสอบเอกสาร บันทึกการปฏิบัติงาน การลงข้อมูลในโปรแกรม/เว็บไซต์ ครบถ้วนถูกต้องตามที่คู่มือการให้บริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กำหนด

- นำเวชระเบียนที่กำหนดมาตรวจสอบ แบบบันทึกการให้คำปรึกษาก่อน/หลังการเจาะเลือดเอชไอวี

แผนผังกระบวนการจัดบริการคลินิกการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ประชาชนทั่วไป)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว



plus

* กลับสู่เมนูหลัก * ข้อมูลความรู้ > ออกรายการ

ข้อมูลผู้เข้าร่วมสัมนา ลอยแก้ว พนักงานงาน :โรงพยาบาลกำแพงเพชร วันที่ 31 ส.ค. 2563

รายการข้อมูล

▶ กลับไปยังหน้าเริ่มต้น / ผู้ใช้งานแล้ว
▶ การจัดการข้อมูลระบบ
▶ การบริหารจัดการยา

- ☒ การให้บริการ Reach&Recruit
- ☐ รายงานผลงาน Reach&Recruit
- ☐ การให้คำปรึกษา VCT
- ☐ ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
- ☐ การศึกษาและติดตามผล
- ☐ การป้องกันโรคติดต่อจากแม่สู่ลูก
- ☐ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ☐ การขอเปลี่ยนสูตรยา ARV
- ☐ ต้นทุนประวัติ
- ☐ ส่งเบิกชุดเวชภัณฑ์งานประกันสังคม
- ☐ สรุปประวัติผู้ป่วยชาย NAP Number
- ☐ สรุปประวัติผู้ป่วยชาย NAP Number เพื่อลงข้อมูล
- ☐ สรุปรายชื่อผู้ป่วยตามวันนัดหมาย

>> บันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา

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

☒ กลุ่มทั่วไป	* วันที่ให้บริการ VCT (dd/mm/yyyy) : 31 8 2563	
	* เลขประจำตัวประชาชน :	ค้นหาเลขประจำตัวประชาชนได้ที่นี่ และดาวน์โหลด
☐ กลุ่มนิรนาม	* วันที่ให้บริการ VCT (dd/mm/yyyy) :	
	* UIC :	ค้นหา UIC

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

แบบบันทึกการให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือดเอชไอวี โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว

แบบบันทึกการให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือดเอชไอวี โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว

เลขที่บัตรประชาชน..... อายุ.....ปี HN.....

เพศหญิงชาย 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.....สเป.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 ,รับยาป้องกันโรคจวยโอกาส,ยาต้านไวรัส

4. การติดตามกลุ่มรสมารับการตรวจเลือดมาไม่มาเพราะ.....

5. ปัญหา/สภาพอารมณ์เกี่ยวกับผู้มารับบริการ.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. ข้อสังเกตอื่นๆของผู้ให้การปรึกษา.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. ช่องทางติดต่อเบอร์โทรศพ/ที่อยู่.....

ผู้ให้คำปรึกษา.....

วันที่.....