

HIV検査を行うための 説明と同意

HIV検査は任意によるものです。医療提供者に告げることで同意はいつでも取り消すことができます。この用紙のパートAとBをお読みになって、以下の情報を理解しHIV検査を希望される場合は、パートBの下部に署名をしてください。

HIV感染は健康に重大な影響を及ぼします。ニューヨーク州保健局はHIV検査をお勧めします。妊娠中の女性には、妊娠の初期と後期に再びHIV検査を受けられるようお勧めします。

出産単位によるHIV優先検査を除いて、本用紙は2005年6月1日付でその他のHIV検査同意書を置き換えます。

注:この用紙はDOH-2556、パートBと一緒に使用されるように意図されています。



HIVはエイズの原因となるウイルスです。

- HIVはHIV感染者と無防備な性交(コンドームを着用しない膣性交、肛門性交、口膣性交)を行う際に人から人へと感染します。
- HIVはHIV感染者と(ピアス、刺青、あらゆる種類の薬物注射の)針や、薬物器具を共用する際に血液の接触により感染します。

HIVに感染しているかどうかを知る唯一の方法は検査を受けることです。

- HIV検査は安全です。この検査は一種類以上の検体(血液、唾液、尿)を採取するものです。
- 検査結果および、必要な場合は他の検査について、カウンセラーあるいは医師が説明します。

本日のHIV検査では次のようなことを行います。

- HIV感染の生むを調べる検査(抗体検査あるいはウイルス検査)；
- 結果が陽性の場合、下記の理由でさらに検査をすることがあります：
 - あなたにとって最良な治療を医師が確定するのを促進する。
 - ニューヨーク州保健局がHIV感染予防プログラムの指導に役立てる。

検査にはいくつかの選択肢があります。

- 秘密厳守の検査を選んだ場合、検査結果はあなたの医療記録の一部となり、HIV治療およびその他の治療を行うあなたの医療提供者に、結果が渡されることがあります。
- 無記名検査を選んだ場合、あなたは名前を明かさず、検査結果は何も保管されません。無記名検査の結果HIVが陽性の場合、迅速に治療が受けられるように後で名前を明かすこともできます。
- 検査の選択肢および無料あるいは無記名検査の実施場所についての詳しい情報は、カウンセラー、医師、あるいは1-800-541-AIDSまでお問い合わせください。

HIV検査はあなたの健康のために大切です。

- 検査結果が陰性の場合、今後感染から身を守るための方法を学びます。
- 検査結果が陽性の場合：
 - HIVウイルスを他の人に感染させないために手段を講じることができます。
 - HIV治療を受けて、健康を維持するための他の方法を学ぶことができます。治療の一環として、あなたにとって最良の治療を確定するためにさらなる検査が行なわれます。これにはウイルス負荷とウイルス耐性検査が含まれる場合があります。

HIV検査は妊娠中の女性にとって特に大切です。

- 感染している母親は、妊娠中、出産時、あるいは授乳を通して子供にHIVを移す可能性があります。
- HIV感染の有無を、妊娠前、あるいは妊娠初期に知ることは好ましいことです。そうすることで、あなたは、自らの健康と赤ちゃんの健康について大切な判断を行うことができます。
- あなたが妊娠していてHIVに感染している場合は、あなた自身の健康と赤ちゃんへのHIV感染を予防するための治療が受けられます。HIVに感染していて治療を受けないと、4人に1人の割合で赤ちゃんにHIVを移す可能性があります。治療を受けた場合、赤ちゃんにHIVを移す可能性はもっと低くなります。
- 妊娠中に検査を受けていない場合、医療提供者はあなたが分娩中に検査することを勧めます。いかなる場合でも、赤ちゃんは出生後に検査を受けます。赤ちゃんの結果が陽性ということは、あなたがHIV感染者で赤ちゃんがHIVウィルスにさらされていたことを意味します。

検査結果が陽性の場合：

州法により検査結果の秘密は保護され、またHIVによる差別からも保護されます。

- ほとんどの場合、あなたからの文書による承諾がないとあなたのHIV検査結果は共有できません。
- あなたのHIVに関する情報は次の者に公開することができます。あなたとHIVにさらされた赤ちゃんを担当する医療提供者、法律で義務付けられた場合は保健当局、支払を許可するために保険会社、里子養育あるいは養子に従事する者、矯正施設の職員、保護観察官、誤ってあなたの血液にさらされた救急処置室あるいはヘルスケアの職員、裁判所からの特別命令。
- HIV感染者の名前はエイズの追跡と公共事業計画のために州保健局に報告されます。
- HIVに関する秘密厳守のホットライン 1-800-962-5065 はあなたの質問にお答えし、秘密厳守の問題のお手伝いをします。
- HIV感染の有無による不公平な扱いを受けていると思われる場合はニューヨーク州人権局1-800-523-2437までお問い合わせください。

カウンセラーあるいは医師は、あなたのセックスまたは注射針共用のパートナーへのHIV感染の可能性についての通知に関して、あなたと話し合います。

- あなたのパートナーはHIVにさらされた可能性があることを知る必要があります。そうすることで、パートナーも検査を受け、HIVに感染している場合は治療が受けられます。
- 医療提供者があなたの配偶者あるいはパートナーの名前を知っている場合は、その名前を保健局に報告する義務があります。
- 保健局のカウンセラーはあなたの名前を出さないであなたのパートナーに通知するお手伝いをします。
- あなたの安全を確保するために、カウンセラーあるいは医師は通知するパートナーそれぞれに対して、家庭内暴力の危険性がないかをあなたに質問します。
- 危険性がある場合、保健局はパートナーに直ちに通告しないで、あなたが助けを得るお手伝いをします。

主要な電話番号

ニューヨーク州HIV/エイズホットライン(フリーダイヤル)

HIVとエイズに関する情報、HIV検査実施場所についてはホットラインまでお問い合わせください

- 1-800-541-AIDS (2437) 英語
- 1-800-233-SIDA (7432) スペイン語

ニューヨーク州TTY/TTD HIV/エイズ情報ライン

- 1-212-925-9560

NYリレーを利用した通話は:

- 711または1-800-421-1220をダイヤルした後、オペレーターに1-212-925-9560と伝えてください

ニューヨーク州HIV/エイズ相談ホットライン

- 1-800-872-2777

NYSDOH HIV匿名相談および検査プログラム

HIVに関する情報、照会、無料の無記名でのHIV検査の受け方についての情報は、HIV匿名相談および検査プログラムまでお問い合わせください。

- アルバニー地域 1-800-962-5065
- バッファロー地域 1-800-962-5064
- ナッソー地域 1-800-462-6785
- ニューロシェル地域 1-800-828-0064
- クイーンズ地域 1-800-462-6785
- ロチェスター地域 1-800-962-5063
- サフォーク地域 1-800-462-6786
- シラキュース地域 1-800-562-9423

NYCDOHMH HIV/エイズホットライン:1-800-TALK-HIV (1-800-825-5448)

ニューヨーク州PartNer支援プログラム:1-800-541-AIDS

ニューヨーク市接触通知支援プログラム:1-212-693-1419

秘密厳守について

- ニューヨーク州秘密厳守ホットライン 1-800-962-5065
- 法的手続きセンター 1-212-243-1313 または 1-800-223-4044

人権/差別について

- ニューヨーク州人権局 1-800-523-2437
- ニューヨーク市人権委員会 1-212-306-7500

私の医療提供者はHIV検査に関する私の質問にすべて回答し、
HIV検査に関する次の詳細な情報を書面で提供してくれました。

パート
B

- HIVはエイズの原因となるウイルスである
- HIVに感染しているかどうかを知る唯一の方法は検査を受けることである
- HIV検査は自分の健康のために大切で、特に妊娠中の女性には大切である
- HIV検査は任意によるものであり、同意はいつでも取り消すことができる
- 検査には無記名あるいは秘密厳守など、いくつかの選択肢がある
- 州法により検査結果の秘密は保護され、またHIV感染の有無による差別からも保護される
- 検査結果が陽性の場合、私の医療提供者は、私のセックスまたは注射針共用のパートナーへのHIV感染の可能性についての通知に関して、私と話し合う

HIV感染の診断のために検査を受けることを同意します。HIVに感染していることが判明した場合、本日提供したサンプルで最良の治療方法を確定し、HIV感染予防プログラムに役立てるための追加検査を行う可能性があることに同意します。私の治療を導き出すために今後の検査を受けることにも同意します。今後の検査への同意はいつでも取り消すことができることと理解しています。

妊娠中の女性のみお読みください:

上記に書かれた検査の他に、今回の妊娠後期にHIV診断検査を繰り返し行うことを私の医療提供者に許可します。本検査を繰り返して行う前に私の医療提供者は、検査について私と話し合い、検査結果を私に提供することと理解しています。診断検査を繰り返し行うことについての同意は今回の妊娠期間中に限られたもので、この同意はいつでも取り消すことができます。

署名: _____ 日付: _____
(被験者あるいは法的に認められた代理人)

法的代理人の場合、被験者との関係を明記してください: _____

名前(活字体): _____

医療記録番号#: _____

労働単位によるHIV優先検査を除いて、本用紙は2005年6月1日付でその他のHIV検査同意書を置き換えます。

注:この用紙はDOH-2556i、パートAと一緒に使用されるように意図されています。