กรมอนามัย รัฐนิวยอร์ก
สถาบันโรคเอดส์

ใบยินยอมที่แจ้ง
เพื่อการตรวจสอบเชื้อเอชไอวี

การตรวจสอบเชื้อเอชไอวีเป็นการกระทำโดยความสมัครใจ ท่านสามารถเพิกถอนใบยินยอมของท่านได้ทุกเมื่อโดยแจ้งให้ผู้ดูแลสุขภาพของท่านทราบ โปรดอ่านแบบฟอร์มส่วน ก.และส่วน ข. และที่เซ็นชื่อที่ด้านล่างของส่วน ข. ถ้าท่านเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้ และต้องการรับการตรวจสอบเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่มีผลกระทบอย่างร้ายแรงกับปัญหาสุขภาพ กรมอนามัย รัฐนิวยอร์ก ขอแนะนำให้ท่านรับการตรวจสอบเชื้อเอชไอวี สำหรับหญิงมีครรภ์ ทางกรมอนามัยขอแนะนำให้รับการตรวจสอบเสียแต่เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ และรับการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งเมื่อการตั้งครรภ์เกือบครบกำหนด

ข้อยกเว้นสำหรับการตรวจสอบเชื้อเอชไอวีที่เร่งด่วนที่แผนกสูติกรรม แบบฟอร์มนี้จะใช้แทนแบบฟอร์มใบยินยอมการตรวจสอบเชื้อเอชไอวีอื่นๆ ตามวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2548

หมายเหตุ: แบบฟอร์มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ร่วมกับ DOH-2556i ส่วน ข.

ส่วน ก.

A

เอชไอวีคือ เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์

เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ในระหว่างที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้ป้องกัน (การมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางทวารหนักโดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย หรือโดยทางปาก)

เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ด้วยการสัมผัสกับเลือดขณะที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (การเจาะส่วนต่างๆ ของร่างกาย การสัก หรือการฉีดยาเสพติดทุกชนิด) หรือการทำงานร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

วิธีเดียวเท่านั้นที่จะทราบว่ามีติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่คือการตรวจสอบ

การตรวจสอบเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีการที่ปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วยการเก็บตัวอย่างของเหลวจากร่างกายหนึ่งครั้งหรือมากกว่า (เลือด น้ำลาย ปัสสาวะ)

ที่ปรึกษาหรือแพทย์ของท่านจะอธิบายให้ท่านฟังถึงผลการตรวจสอบ รวมทั้งการตรวจสอบอื่นๆ ที่อาจจำเป็น

ตรวจสอบเชื้อเอชไอวีวันนี้รวมทั้ง:

ตรวจสอบเพื่อดูว่าท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ (ตรวจสอบภูมิคุ้มกัน หรือตรวจสอบหาเชื้อไวรัส)

ถ้าผลตรวจสอบของท่านเป็นเอชไอวีบวก อาจมีการตรวจสอบเพิ่มเติม เพื่อที่จะ:

- ช่วยให้แพทย์ของท่านตัดสินใจว่าการรักษาโดยวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับท่าน
- ช่วยเป็นแนวทางสำหรับกรมอนามัยจัดโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

มีทางเลือกในการตรวจสอบอยู่หลายทางเลือก

ท่านสามารถเลือกการตรวจสอบแบบปกปิดเป็นความลับ ซึ่งผลการตรวจสอบจะเก็บไว้ในประวัติของท่านในทางการแพทย์ และสามารถให้ผลการตรวจแก่ผู้ดูแลสุขภาพสำหรับการตรวจเชื้อเอชไอวี และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ

ท่านสามารถเลือกการตรวจสอบแบบปกปิดเป็นความลับ ซึ่งหมายถึง ท่านไม่ต้องบอกชื่อของท่าน และจะไม่มีการเก็บรักษาผลการตรวจสอบไว้ ถ้าผลการตรวจสอบแบบปกปิดเป็นความลับของท่านพบว่า ท่านมีเชื้อเอชไอวีเป็นบวก ท่านสามารถเลือกที่จะแจ้งชื่อของท่านได้ภายหลัง เพื่อที่ท่านจะสามารถรับการดูแลทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานที่ที่ให้ทางเลือกสำหรับการตรวจสอบ และไม่ต้องเสียเงิน หรือการตรวจสอบแบบปกปิดเป็นความลับ กรุณาสอบถามที่ปรึกษา/แพทย์ของท่าน หรือโทรที่ 1-800-541-AIDS

การตรวจสอบเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับสุขภาพของท่าน

ถ้าผลการตรวจสอบของท่านเป็นลบ ท่านสามารถเรียนรู้ถึง วิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในอนาคตได้

ถ้าผลการตรวจสอบของท่านเป็นบวก:

- ท่านสามารถดำเนินขั้นตอนต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ติดเชื้อไวรัสไปยังผู้อื่น
- ท่านสามารถได้รับการรักษาสำหรับการติดเชื้อเอชไอวี และเรียนรู้ถึงวิธีอื่นๆ เพื่อการมีสุขภาพดี ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา จะต้องมีการตรวจสอบเพิ่มเติม เพื่อกำหนดการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับท่าน การตรวจสอบเหล่านี้รวมทั้ง การตรวจสอบการเพิ่มเชื้อไวรัสและการต่อต้านเชื้อไวรัส

การตรวจสอบเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญที่สุดสำหรับหญิงมีครรภ์

มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถผ่านเชื้อดังกล่าวไปให้ทารกในระหว่างที่ตั้งครรภ์หรือขณะคลอดหรือให้นม

เป็นการดีกว่าที่ทราบถึงสถานภาพของการติดเชื้อเอชไอวีของท่านก่อนตั้งครรภ์ หรือเมื่อเริ่มตั้งครรภ์เพื่อที่ท่านจะสามารถทำการตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเองและสุขภาพของบุตรของท่าน

ถ้าท่านตั้งครรภ์และติดเชื้อเอชไอวี มีการรักษาเพื่อสุขภาพของท่านเองและเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังบุตรของท่าน ถ้าท่านติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสถึงหนึ่งในสี่ต่อในการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังบุตรของท่าน ถ้าท่านได้รับการรักษาโอกาสในการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังบุตรของท่านนั้นมีน้อยกว่ามาก

ถ้าท่านไม่ได้รับการตรวจสอบระหว่างที่ตั้งครรภ์ แพทย์ของท่านจะแนะนำให้ท่านรับการตรวจสอบเมื่อท่านไปคลอดบุตร โดยทั่วไปแล้ว บุตรของท่านจะได้รับการตรวจสอบหลังคลอด ถ้าบุตรของท่านมีผลการตรวจสอบเป็นบวก ก็หมายความว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี และบุตรของท่านได้รับเชื้อไวรัส

ถ้าผลการตรวจสอบของท่านเป็นบวก:

กฎหมายของรัฐคุ้มครองการปกปิดผลการตรวจสอบของท่านไว้อย่างเป็นความลับและยังคุ้มครองท่านจากการถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของท่าน

โดยทั่วไปแล้ว ท่านจะถูกขอให้เขียนการยืนยันที่เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนที่จะมีการเปิดเผยผลการตรวจสอบเอชไอวีของท่าน

ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีของท่านสามารถให้แก่ผู้ดูแลสุขภาพของท่าน หรือบุตรของท่านที่ติดเชื้อ แก่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย แก่บริษัทประกันสุขภาพเพื่ออนุญาตการชำระเงิน แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องในการเป็นครอบครัวที่ดูแลหรือรับเป็นบุตรบุญธรรม แก่เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องโทษ เจ้าหน้าที่ภาคทัณฑ์ และเจ้าหน้าที่ทัณฑ์บน แก่เจ้าพนักงานฉุกเฉินหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายดูแลรักษาสุขภาพ ที่สัมผัสกับเลือดของท่านโดยบังเอิญ หรือโดยคำสั่งพิเศษจากศาล

ชื่อของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกนำมารายงานต่อกรมอนามัยของรัฐ เพื่อการติดตามการแพร่กระจายของโรคและสำหรับการวางแผนการบริการ

โทรศัพท์สายด่วนแบบการปกปิดการติดเชื้อเอชไอวี ที่หมายเลข 1-800-962-5065 สามารถตอบคำถามต่างๆ ของท่านและช่วยเหลือด้านปัญหาที่ต้องการปกปิดเป็นความลับ

แผนกสิทธิของมนุษยชนของรัฐนิวยอร์ก ที่หมายเลข 1-800-523-2437 สามารถช่วยท่านได้ถ้าท่านคิดว่าได้ถูกเลือกปฏิบัติเพราะสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของท่าน

ที่ปรึกษา/แพทย์ของท่านสามารถพูดคุยกับท่านเกี่ยวกับการแจ้งเตือนกับคู่นอนหรือ ผู้ใช้เข็มฉีดยารวมถึงโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี

คู่นอนของท่านจำเป็นต้องทราบว่าตนอาจติดเชื้อเอชไอวี เพื่อที่จะได้ขอรับการตรวจสอบว่าตนมีเชื้อเอชไอวีหรือไม่

ถ้าผู้ให้การดูแลสุขภาพของท่านทราบชื่อคู่สมรสของท่านหรือคู่นอนคนอื่นๆ บุคคลนั้นจะต้องรายงานชื่อให้กับกรมอนามัย

ที่ปรึกษาของกรมอนามัยสามารถช่วยในการแจ้งเรื่องการติดเชื้อกับคู่นอนของท่าน โดยที่ไม่ระบุชื่อของท่าน

เพื่อแน่ใจในความปลอดภัย ที่ปรึกษาหรือแพทย์ของท่านจะถามคำถามเกี่ยวกับการเสี่ยงเรื่องการใช้ความรุนแรงในครอบครัวสำหรับการแจ้งให้คู่นอนแต่ละคนทราบ

ถ้าหากเป็นการเสี่ยง กรมอนามัยจะไม่แจ้งให้คู่นอนของท่านทราบในทันที แต่จะช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ท่าน

หมายเลขโทรศัพท์ที่สำคัญ

โทรศัพท์สายด่วน (โทรฟรี) เกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์ รัฐนิวยอร์ก
โทรศัพท์สายด่วนสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอชไอวี และเอดส์ และเพื่อค้นหาสถานที่ตรวจสอบการติดเชื้อเอชไอวี

1-800-541-AIDS (2437) • ภาษาอังกฤษ
1-800-233-SIDA (7432) • ภาษาสเปน

สายข้อมูลบริการด้าน TTY/TTD เกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์ รัฐนิวยอร์ก

1-212-925-9560

สำหรับผู้โทรใช้สายเครื่องพ่วงของรัฐนิวยอร์ก:

711 หรือ 1-800-421-1220 และขอให้พนักงานโทรศัพท์ให้ช่วยต่อ:1-212-925-9560

โทรศัพท์สายด่วนสำหรับการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์ รัฐนิวยอร์ก

1-800-872-2777

โปรแกรมการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอชไอวีและการตรวจสอบแบบปกปิดเป็นความลับของ NYSDOH
สำหรับข้อสงสัยเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การอ้างอิงถึงหรือขอข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสอบชนิดฟรี การตรวจสอบการติดเชื้อเอชไอวีแบบปกปิดเป็นความลับ กรุณาโทรถึงโปรแกรมการขอคำปรึกษาและการตรวจสอบเอชไอวีแบบปกปิดเป็นความลับ ดังนี้

เขตอัลบานี 1-800-962-5065
เขตบัฟฟาโล 1-800-962-5064
เขตนาส์สัว 1-800-462-6785
เขตนิวโรเชลล์ 1-800-828-0064
เขตควีนส์ 1-800-462-6785
เขตโรเชสเตอร์ 1-800-962-5063
เขตซัฟฟอล์ค 1-800-462-6786
เขตซิราคิวส์ 1-800-562-9423

โทรศัพท์สายด่วนเกี่ยวกับโรคเอชไอวี/เอดส์ ของ NYCDOHMH:1-800-TALK-HIV (1-800-825-5448)

โปรแกรมช่วยผู้ที่อยู่ร่วมกันแบบสามีภรรยาของรัฐนิวยอร์ก:1-800-541-AIDS

โปรแกรมช่วยเหลือการแจ้งการติดโรคของนครนิวยอร์ก:1-212-693-1419

การปกปิดเป็นความลับ

โทรศัพท์สายด่วนแบบปกปิดเป็นความลับของรัฐนิวยอร์ก 1-800-962-5065
ศูนย์การปฏิบัติทางกฎหมาย 1-212-243-1313 หรือ 1-800 –223-4044

สิทธิมนุษยชน/การเลือกปฏิบัติ

แผนกสิทธิมนุษยชนของรัฐนิวยอร์ก 1-800-523-2437
คณะกรรมการเพื่อสิทธิมนุษยชนของนครนิวยอร์ก 1-212-306-7500

กรมอนามัย รัฐนิวยอร์ก
สถาบันโรคเอดส์

ใบยินยอมที่แจ้ง
เพื่อการตรวจสอบเชื้อเอชไอวี

ส่วน ข.

B

ผู้ดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าได้ตอบคำถามต่างๆ ของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการตรวจสอบเชื้อเอชไอวี และให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ข้าพเจ้าถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจสอบเชื้อเอชไอวี ดังนี้:

- เอชไอวีคือ เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์
- วิธีเดียวเท่านั้นที่ข้าพเจ้าจะทราบว่าข้าพเจ้าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่คือเขารับการตรวจสอบ
- การตรวจสอบเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพของท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับหญิงมีครรภ์
- การตรวจสอบเชื้อเอชไอวีเป็นโดยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนใบยินยอมได้ทุกเมื่อ
- มีทางเลือกรับการตรวจสอบอยู่หลายทางเลือก รวมทั้งการปกปิดเป็นความลับ
- กฎหมายของรัฐคุ้มครองการปกปิดผลการตรวจสอบเป็นความลับ และยังให้การคุ้มครองผู้รับการตรวจสอบจากการถูกเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย
- ถ้าผลการตรวจสอบเป็นบวก ผู้ดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าจะพูดกับข้าพเจ้าเกี่ยวกับการแจ้งเตือนกับคู่นอนหรือผู้ใช้เข็มฉีดยารวมถึงโอกาสในการติดเชื้อ

ข้าพเจ้าตกลงเพื่อรับการทดสอบสำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี หากพบว่าข้าพเจ้าติดเชื้อเอชไอวี ข้าพเจ้าตกลงที่จะรับการตรวจสอบเพิ่มเติม ซึ่งอาจจะใช้ตัวอย่างที่ข้าพเจ้าให้ในวันนี้ เพื่อตัดสินใจหาทางการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับข้าพเจ้า และเพื่อช่วยเป็นแนวทางในโปรแกรมการป้องกันโรคเอชไอวี นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังตกลงรับการตรวจสอบอีกในอนาคตเพื่อเป็นการชี้แนวทางการรักษาให้กับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนใบยินยอมของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อสำหรับการตรวจสอบในอนาคต

เฉพาะหญิงมีครรภ์เท่านั้น:

นอกเหนือจากการตรวจสอบที่กล่าวไว้ข้างต้น ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าทำการตรวจสอบเพื่อวินิจฉัยเชื้อเอชไอวีเพิ่มเติมอีกสำหรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าจะให้คำปรึกษาเรื่องการตรวจสอบนี้กับข้าพเจ้าก่อนที่จะทำการตรวจสอบเพิ่มเติม พร้อมกับให้ผลการตรวจสอบแก่ข้าพเจ้า ใบยินยอมเพื่อการตรวจสอบซ้ำเพื่อวินิจฉัยจะใช้ได้จำกัดเฉพาะช่วงที่ข้าพเจ้าตั้งครรภ์ครั้งนี้และสามารถเพิกถอนใบยินยอมได้ทุกเมื่อ

ลายเซ็น: วันที่:

(ผู้รับการตรวจสอบหรือตัวแทนผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย)

ถ้าหากเป็นตัวแทนตามกฎหมาย โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้รับการตรวจสอบ:

เขียนชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง:

ประวัติทางการแพทย์ #:

ข้อยกเว้นสำหรับการตรวจสอบเชื้อเอชไอวีที่เร่งด่วนที่แผนกสูติกรรม แบบฟอร์มนี้จะใช้แทนแบบฟอร์มใบยินยอมการตรวจสอบเชื้อเอชไอวีอื่นๆ ตามวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2548

หมายเหตุ: แบบฟอร์มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ร่วมกับ DOH-2556i ส่วน ก.