บันทึกประวัติ PHA (PHA Card)

NAP No ☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐

(กรุณาเก็บในที่รักษาความลับ เผยแพร่ชื่อผู้ป่วยแก่ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเท่านั้น และใช้หมายเลขเรียงตามลำดับ)

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (กรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์มให้สมบูรณ์)

PHA Record No ☐☐☐☐-☐☐ **HN**.....

ACT No..... วันที่.....

ชื่อโรงพยาบาล :..... อำเภอ : .....จังหวัด :.....

ชื่อ : .....สกุล : ..... เลขประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง (วัน/เดือน/ปีเกิด) : ☐☐/☐☐/☐☐ สิทธิการรักษา.....เลขที่.....

หมายเลขโทรศัพท์ : ..... อายุเมื่อลงทะเบียน..... ปี ที่อยู่ : เลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อผู้ติดต่อเมื่อติดต่อผู้ป่วยไม่ได้.....ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์.....

วันที่ตรวจ HIV+ (วัน/เดือน/ปี) : ☐☐/☐☐/☐☐ สถานที่ .....

เข้ารับบริการคลินิกติดเชื้อครั้งแรกโดยทางคลินิก : ☐ 1-นิรนาม ☐ 2-วัณโรค ☐ 3-ผู้ป่วยนอก ☐ 4-ผู้ป่วยใน ☐ 5-เด็ก ☐ 6-ฝากครรภ์ ☐ 7-กามโรค ☐ 8-ร.พ.เอกชน ☐ 9-NGO ☐ 10-มารับบริการเองโดยตรง

☐ 11-งานสารเสพติด ☐ 12-การดูแลผู้มีอาชีพบริการพิเศษ ☐ 13-อื่นๆ.....

☐ รับการรักษาต่อจากส่งตัวจากโรงพยาบาล.....วันที่.....

2. ประวัติส่วนตัว

ปัจจัยเสี่ยง

- ☐ 1 ผู้มีอาชีพพิเศษ (CSW)
- ☐ 2 ชายรักชาย (MSM)
- ☐ 3 ติดต่อทางเพศสัมพันธ์วิธีอื่นๆ ยกเว้น1,2
- ☐ 4 ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน(IDU)
- ☐ 5 ได้รับเลือด
- ☐ 6 ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- ☐ 7 อื่นๆ
- ☐ **8** ไม่ทราบ ไม่มีข้อมูล

(ตอบได้มากกว่า **1** ข้อ

3. ประวัติครอบครัว

สถานภาพ: ☐ โสด ☐ รายได้ผู้ป่วยต่อเดือน

สมรส ☐ แยก หย่า ☐ หม้าย .....บาท

สมาชิกในครอบครัว (สามี ภรรยา บุตร)	อายุ/เพศ	ผล HIV +/-/unknown	ได้รับยาต้านไวรัส	เลขที่

ได้รับการรักษาคลินิกบำบัดสารเสพติด ☐ Y ☐ N บำบัดด้วย.....

จบการศึกษา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพปัจจุบัน.....อาชีพก่อนการติดเชื้อ.....

4. ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันเช่น แม่สู่ลูก อุบัติเหตุ(ถูกเข็มตำ)

ยาที่ได้รับ	โครงการ .....สถานที่	วันที่เริ่มกินยา.....วันที่หยุดยา.....
ประวัติการตั้งครรภ์	การตั้งครรภ์และการคลอด.....	

5. ผลการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ / OI

	Date (ว/ด/ป)	CD4 count (Cell/cu.mm., %)	Viral load (Copies/ml)	OI ที่เคยเป็น	Other
ครั้งแรก					

6. ประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

สูตรยาที่เริ่มครั้งแรก

- ☐ D4T+3TC+NVP
- ☐ D4T+3TC+EFV
- ☐ ZDV+3TC+NVP
- ☐ ZDV+3TC+EFV
- ☐ อื่นๆ.....

การเปลี่ยนแปลงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

วันที่เริ่ม	สูตรยา	ร.พ.	วันที่หยุดยา	หมายเหตุ

7. การรักษาวัณโรคในระหว่างการขึ้นทะเบียน

☐ **การจำแนกชนิด**

- ☐ วัณโรคปอด
- ☐ เสมหะบวก
- ☐ เสมหะลบ

☐ **EP**…….....

สูตรยา

- ☐ Category I
- ☐ Category II
- ☐ Other specify:

วันที่เริ่มรักษาวัณโรค : ☐☐/☐☐/☐☐

TB registration number : .....

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....

ผลการรักษา ☐ Cure ☐ Completed

☐ Failure ☐ Died ☐ Default ☐ Transfer out

วันที่: ☐☐/☐☐/☐☐

8. การติดตามผลครั้งสุดท้าย

☐ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต..... ☐ ขาดการติดตามการรักษา (>3เดือน) วันสุดท้ายที่มา.....

☐ ส่งต่อไปรักษาที่อื่น.....วันที่..... ☐ ส่งขึ้นทะเบียนโครงการอื่น โครงการ/คลินิกใหม่.....เลขที่.....

บันทึก การรักษา และติดตามการรักษา PHA Record No □□□□-□□, NAP No □□-□□□□-□□□□□□

วันที่ (วัน-เดือน-พ.ศ.)	น้ำหนัก (กก) ส่วนสูง(เด็ก)	Vital signs	CD4 (Cell, %), Viral load (copies/ml)	การตั้งครรภ์ หรือวิธีการคุมกำเนิด	การใช้ Condom Yes , No	การคัดกรองวัณโรค Yes , No	โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบใหม่	การให้ยา ป้องกันOI , ยาต้านไวรัส, ยาลดไขมัน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการรักษาอื่นๆ	วันนัดครั้งต่อไป	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

***Instructions and codes** วันที่ = วัน/เดือน/ปี

FP: family planning; 1 condoms, 2 oral contraceptive pills, 3 injectable/implantable hormones, 4 diaphragm/cervical cap, 5 intrauterine device, 6 vasectomy/tubal ligation/hysterectomy

Opportunistic infections: Enter one or more codes ; Tuberculosis (TB); Candidiasis (C); Diarrhea (D); Cryptococcal meningitis (M); Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP); Cytomegalovirus disease (CMV); Penicilliosis (P); Herpes zoster (Z); Genital herpes (H); Toxoplasmosis (T); Other-specify