

คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย

1. อ่านแบบชี้แจงการเตรียมตัวในวันเข้ารับการตรวจร่างกาย ของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

2. อ่านข้อควรรู้ก่อนการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี

3. ดาวน์โหลดหนังสือแสดงความยินยอม การตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี จากอินเทอร์เน็ตและเขียนกรอกข้อความในเอกสารนี้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนี้

3.1 ผู้สมัครมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปสามารถเซ็นชื่อเป็นผู้รับการตรวจได้ และให้บุคคลอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเซ็นชื่อเป็นพยาน

3.2 ผู้สมัครมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อเป็นผู้รับการตรวจแทน และให้บุคคลอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเซ็นชื่อเป็นพยาน

4. ดาวน์โหลดประวัติประกอบการตรวจสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต และกรอกข้อมูลประวัติเจ็บป่วยพร้อมเซ็นชื่อรับรองผู้กรอกประวัติตามเอกสารให้ครบถ้วนทุกข้อ

**แบบชี้แจง การเตรียมตัวในวันเข้ารับการตรวจร่างกาย
ของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ**

1. งดยาลดไข้ และยาแก้แพ้อากาศ ก่อนตรวจ 24 ชม.
2. ให้งดอาหาร และเครื่องดื่ม หลังเวลา 20.00 น. ค่ะในวันก่อนตรวจ (ดื่มน้ำเปล่าได้เล็กน้อย)
3. ให้ทำความสะอาดร่างกายและรูกู (เพื่อตรวจดูเยื่อแก้วหู)
4. วันที่เข้ารับการตรวจร่างกายให้นำสิ่งเหล่านี้มาด้วย ดังนี้
 - 4.1 บัตรประจำตัวประชาชน
 - 4.2 หนังสือแสดงความยินยอมการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี (ดาวน์โหลดจากอินเทอร์เน็ต)
(สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องให้ผู้ปกครองลงนามชื่อตรงผู้ขอรับการตรวจด้วย)
 - 4.3 ใบประวัติประกอบการตรวจสุขภาพพร้อมทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ครบถ้วนทุกข้อ
และลงชื่อผู้กรอกประวัติด้วย
 - 4.4 ในราย สายตาสั้นให้นำแว่นตามาด้วย ห้ามใส่ Contact Lens มาตรวจ
 - 4.5 ปากกาสีน้ำเงินเท่านั้น
 - 4.6 เสื้อยืดคอกลมสีเข้ม (ดำ น้ำเงิน น้ำตาล) ผ้าเนื้อหนาพอสมควร (สำหรับเปลี่ยนก่อนตรวจ
เอ็กซเรย์ปอด)
 - 4.7 เงินค่าตรวจ 870 บาท

หมายเหตุ : ควรพบแพทย์ โสิต ศอ นาสิก เพื่อสืบค้นความผิดปกติของหูก่อนเข้ารับการตรวจร่างกาย

ข้อควรรู้ก่อนการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) ผู้ที่ติดเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกายเชื้อจะกระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ เกือบทั่วร่างกาย ไวรัส HIV จะเจาะเข้าไปในเซลล์ และทำลายส่วนประกอบที่สำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสื่อมหรือบกพร่องลงจนเป็นผลให้ร่างกายติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย และอาจเกิดโรคร้ายแรงพร้อม ๆ กันจนร่างกายไม่สามารถต่อต้านความรุนแรงได้ เป็นเหตุให้เสียชีวิตลงในที่สุด

โรคเอดส์ติดต่อกันได้อย่างไร

โรคเอดส์ติดต่อกันได้หลายทาง เช่น

1. การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด
2. การร่วมเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน
3. การถ่ายหรือรับเลือกผู้ที่มีเชื้อไวรัสเอดส์
4. จากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์

วิธีอื่นๆ ที่เป็นอันตรายที่พบได้ เช่น

1. การเปลี่ยนอวัยวะ เช่น เปลี่ยนแก้วตา, เปลี่ยนไต
2. การผสมเทียมในรายที่มีลูกยาก
3. การสักผิวหนัง, การสักคิ้ว หรือการเจาะหู

โรคเอดส์ไม่ติดต่อทางไหนบ้าง

1. เรียนในสถาบันเดียวกัน หรืออยู่บ้านเดียวกัน
2. จับมือ, พุดคุย, ใช้โทรศัพท์ด้วยกัน
3. รับประทานอาหารร่วมกัน
4. ใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมด้วยกัน
5. คลุกคลี หรือเล่นด้วยกัน
6. ใช้สระว่ายน้ำด้วยกัน
7. ยุง หรือแมลงดูดเลือด

ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์จะมีการดำเนินโรค ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะติดเชื้อ HIV ระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการอะไร สุขภาพจะแข็งแรงปกติ ตรวจพบเชื้อ HIV บวก หลังได้รับเชื้อประมาณ 3 เดือน ผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่อยู่ในระยะนี้จะไม่ทราบว่า ตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อ HIV ไปสู่คู่สัมพันธ์ได้

ระยะที่ 2 ระยะมีอาการ ผู้ป่วยจะเริ่มปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ เช่น ต่อมาน้ำเหลืองโต, น้ำหนักลด, ท้องเสียเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน มีอาการอ่อนเพลียมีฝ้าขาวในลำคอและลิ้น, มีไข้เรื้อรัง และมีโรคเริ่มลุกลาม

ระยะที่ 3 ระยะนี้อาจมีอาการในระยะที่ 2 และมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดร่วมด้วยเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องไปมาก เช่น การติดเชื้อทางเดินอาหาร การติดเชื้อระบบประสาท การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

การตรวจเลือดหาเชื้อ HIV

วิธีการตรวจที่ดีที่สุด คือ การตรวจเลือด หากผลเลือดเป็นบวก แปลว่า มีเชื้อเอชไอวี หากผลเลือดเป็นลบ แปลว่า ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวี

การพบเลือดบวกไม่ได้แปลว่า จะต้องมีอาการเสมอไป เพราะบางครั้งต้องใช้เวลาหลายปีกว่าจะมีอาการหรือป่วยขึ้นมา แต่ในที่สุดมักมีอาการ

ผลการตรวจเลือดเป็นลบไม่ได้แปลว่า จะไม่มีเชื้อเสมอไป เพราะบางครั้งอาจได้รับเชื้อมาไม่นานในช่วง 1 - 2 เดือนแรก เลือดจะยังเป็นลบอยู่ ต่อมาจะกลายเป็นบวก ดังนั้นถ้าได้ผลเลือดเป็นลบ และมีเหตุสงสัยควรตรวจซ้ำอีก 3 - 6 เดือน และ 1 ปี ต่อมาถ้าผลเป็นลบอีกก็จะแน่ใจว่าไม่ติดเชื้อ

ทำไมจึงต้องตรวจหาเชื้อ HIV

เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลต้องมีหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งดูแลครอบครัวและญาติ ดังนั้นผู้ที่เลือกเข้ารับการศึกษาในวิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้เจ็บป่วย

หนังสือแสดงความยินยอม

ข้าพเจ้า นาย/ นางสาว อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ ซอย / ตรอก ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ข้าพเจ้าได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี” แล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี จากสถานพยาบาล/ สถาบันแห่งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ในการรับการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี นี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า () ต้องการทราบผลการตรวจ () ไม่ต้องการทราบผลการตรวจ

ลงนาม

(.....)

ผู้ขอรับการตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงนาม

(.....)

แพทย์/ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม

(.....)

พยาน

วันที่ เดือน พ.ศ.....

หมายเหตุ: ผู้ขอรับการตรวจที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ต้องให้ผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นชื่อเป็นผู้ขอรับการตรวจแทน และมีผู้ลงนามพยานต้องอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์

ประวัติประกอบการตรวจสอบสุขภาพ

ข้าพเจ้าเคยมีประวัติป่วยดังนี้มาก่อน (ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง)

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| 1. โรคเรื้อน | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 2. อาการชัก | <input type="checkbox"/> เคย (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 3. เบาหวาน | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 4. โรคปอด | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 5. วัณโรค | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 6. ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 7. บวมตามร่างกาย | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 8. หอบหืด | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 9. ตัวเหลือง | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 10. กามโรค | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 11. โรคจิต | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 12. โรคประสาท | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 13. พิษสุราเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 14. รับการผ่าตัด | <input type="checkbox"/> เคย (ระบุ) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 15. เจ็บป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> เคย (ระบุ) | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 16. วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย | เมื่อ/.....พ.ศ..... | |
| 17. ในช่วงเวลา 7 วัน รับประทานยา | <input type="checkbox"/> เคย (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 18. บาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน
บริเวณศีรษะ | <input type="checkbox"/> เคย (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| 19. รอยสักบนร่างกาย | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | <input type="checkbox"/> ไม่มี |

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริง หากปรากฏภายหลังว่าไม่เป็นความจริง จะถูกตัดสิทธิ์จากการสอบและ/ หรือพ้นสภาพจากการเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

ลงชื่อ ผู้กรอกประวัติ

..... / /