

## 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

แบบชี้แจงการเตรียมตัวในวันเข้ารับการตรวจร่างกายของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ  
ปีการศึกษา 2563

1. งดยาลดไข้ และยาแก้แพ้อากาศ ก่อนตรวจ 24 ชม.
2. ให้งดอาหาร และเครื่องดื่ม หลังเวลา 20.00 น. ค่ะในวันก่อนตรวจ (ดื่มน้ำเปล่าได้เล็กน้อย)
3. ควรพบแพทย์ โสต ศอ นาสิก เพื่อสืบค้นความผิดปกติของหูก่อนเข้ารับการตรวจร่างกาย
4. วันที่เข้ารับการตรวจร่างกาย

สิ่งที่ต้องนำมาด้วย ดังนี้

- 4.1 บัตรประจำตัวประชาชน
- 4.2 หนังสือแสดงความยินยอมการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี (ดาวน์โหลดจากอินเทอร์เน็ต)  
**(สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องให้ผู้ปกครองลงนามชื่อตรงผู้ขอรับการตรวจด้วย)**
- 4.3 ใบประวัติประกอบการตรวจสุขภาพพร้อมทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ให้ครบถ้วน  
ทุกข้อ และลงชื่อผู้กรอกประวัติด้วย (ดาวน์โหลดจากอินเทอร์เน็ต)
- 4.4 ในราย **สายตาสั้นให้นำแว่นตามาด้วย ห้ามใส่ Contact Lens** มาตรวจ
- 4.5 เสื้อยืดคอกลมสีเข้ม (ดำ น้ำเงิน น้ำตาล) ผ้าเนื้อหนาพอสมควร (สำหรับเปลี่ยนก่อน  
ตรวจเอ็กซเรย์ปอด)
- 4.6 เงินค่าตรวจ 910 บาท (กรุณาเตรียมเงินมาให้พอดี)
- 4.7 ปากกาสีน้ำเงินเท่านั้น

สิ่งที่ต้องปฏิบัติ **ตามมาตรการป้องกัน Covid-19** ดังนี้

- 4.8 ขอสงวนสิทธิ์ ให้เฉพาะนักเรียนเข้าวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศเพียง**คนเดียว**  
สำหรับผู้ปกครองได้จัดที่พักไว้ ณ สโมสรนายทหารอากาศชั้นประทวน
- 4.9 นักเรียนต้อง**สวมหน้ากากอนามัย**ทุกคน และสำรองอีก 1 ชิ้น

## 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 ต่อม้ำตาเหลืองโต, 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 เพราะบางครั้งต้องใช้เวลานานหลายปีกว่าจะมีอาการหรือป่วยขึ้นมา 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 ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่าข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า 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

ประวัติประกอบการตรวจสุขภาพ

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<br>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/ หรือพ้นสภาพจากกรเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

ลงชื่อ ..... ผู้กรอกประวัติ

..... / ..... / .....