

衛生福利部疾病管制署

「114年度愛滋匿名篩檢服務拓點計畫」

○○○衛生局檢核推薦表

醫事機構名稱：_____		
屬 ☐ 醫學中心 ☐ 區域醫院 ☐ 地區醫院 ☐ 診所 ☐ 其他		
檢核項目	檢核結果	計畫書頁碼
1.參與計畫經歷		
具有參與篩檢相關活動/計畫之經歷，並附上證明。	☐ 是 ☐ 否	
2.環境與人員基本要求		
2-1具有環境良好且隱匿的空間作為篩檢點，篩檢點有配置桌上型、筆記型或平板電腦。	☐ 是 ☐ 否	
2-2匿名篩檢服務資訊表，包含：服務時段、聯繫電話或預約管道等。	☐ 是 ☐ 否	
2-3具備專業人力可操作愛滋快速篩檢試劑。	☐ 是 ☐ 否	
2-4工作人員受過 HIV 防治新知、HIV 篩檢前後諮詢（含篩檢結果告知與轉介服務）、愛滋病毒暴露前預防性投藥（PrEP）等相關教育訓練（至少6小時 ^註 ）。 註：如工作人員之教育訓練尚未滿6小時，可於114年2月28日之前完成教育訓練時數，並提供相關時數證明予衛生局備查。	☐ 是 ☐ 否	
2-5本身為人類免疫缺乏病毒指定醫事機構；或與人類免疫缺乏病毒指定醫事機構合作，能夠將 HIV 初篩陽性個案轉介至該院就診，並制訂完整 HIV 初篩陽性轉介就醫流程且有專人聯繫窗口者尤佳。	☐ 是 ☐ 否	
3.篩檢諮詢流程		
3-1諮詢篩檢全程匿名，不會要求民眾提供任何可辨識身分之個人資料，並於篩檢前有取得民眾口頭同意。	☐ 是 ☐ 否	
3-2提供民眾篩檢前衛教，篩檢後進行充分說明，告知民眾檢驗結果，解釋陰性、陽性所代表的意義以及後續建議與處置。	☐ 是 ☐ 否	
3-3愛滋快速篩檢陰性者：請告知預防傳染性病之方法，提供相關衛教資訊，包含暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）；若評估民眾為感染風險族群，且有意願服用 PrEP 者，可協助轉介門診進一步評估。	☐ 是 ☐ 否	
3-4愛滋快速篩檢陽性者：請向民眾說明檢驗結果之意義，並有人員協助轉介個案至門診就醫，追蹤其確認檢驗結果，且有留下初篩陽性個案的聯絡方式。	☐ 是 ☐ 否	
4.資料登錄		
了解匿名諮詢網及匿名諮詢網資料管理入口網的操作及資料登錄流程。	☐ 是 ☐ 否	
5.愛滋防治相關衛教		
院所內場域張貼篩檢服務之海報或卡片，或透過醫院網站、院內公告等，多元管道推廣愛滋防治相關資訊 ^註 。 註：醫事機構如已有相關 HIV 防治之經驗，於計畫書簡要呈現辦理情形；如為新申請加入本計畫之醫事機構，則免附資料。	☐ 是 ☐ 否	
審查結果： ☐ 推薦 ☐ 不推薦		
綜合意見：		
日期： 年 月 日		

衛生局承辦人：

單位主管：