

แบบการตรวจการติดเชื้อไวรัส เอช.ไอ.วี สำหรับผู้เอาประกันภัย

หนังสือให้ความยินยอมของผู้ขอเอาประกันภัย

กรุณาอ่านข้อควรรู้ก่อนการตรวจทางด้านหลัง

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, น.ส.)..... นามสกุล..... อายุ.....ปี
 ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยกับ บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “บริษัท” ขอให้ความยินยอม
 แก่บริษัทรวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทให้ดำเนินการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสเอช.ไอ.วี จากเลือด น้ำลาย เพื่อนำผลมา
 ประกอบการพิจารณาสมัครเอาประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัยที่ข้าพเจ้าแสดงความจำนงไว้แล้ว และขอยืนยันว่าได้ทำการตรวจต่อหน้า
 บุคคลผู้ให้คำรับรองท้ายหนังสือนี้จริง

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรรู้ก่อนการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสเอช.ไอ.วี จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
 แล้ว และข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยผลการตรวจดังกล่าวต่อบริษัทหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องและบริษัทประกันชีวิตอื่น เพื่อการสมัครเอาประกันภัยของ
 ข้าพเจ้ากับบริษัทอื่น และถ้าข้าพเจ้าต้องการทราบผลการตรวจเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอช.ไอ.วี ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบพร้อมที่อยู่ที่จะให้
 ติดต่อ

คำเตือน ของกรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์
 ผู้ขอเอาประกันชีวิตวางตอบคำถามตาม
 แบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อ
 เท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
 ปฏิเสธไม่จ่ายค่าทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต
 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย
 ()

ลงชื่อ พยาน (ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้า)
 ()

ลงชื่อ บิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรม
 ()

คำรับรองของผู้เก็บตัวอย่าง

“ไม่มีบัตรไม่รับตรวจ”

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, น.ส.)..... นามสกุล.....
 ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

อาชีพ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล

ขอรับรองว่า ลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมข้างต้นเป็นลายมือชื่อของ (นาย, นาง, น.ส.).....

() บัตรประชาชน () บัตรข้าราชการ () ใบขับขี่ () อื่นๆ..... เลขที่บัตร

ซึ่งได้เก็บสารตัวอย่างต่อหน้าข้าพเจ้า เมื่อวันที่..... เวลา.....น. สถานที่.....

ลงชื่อ.....
 ()

ผู้เก็บตัวอย่าง

“การเก็บตัวอย่างน้ำลายต้องเก็บโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายนามกับบริษัทเท่านั้น”

หมายเหตุ ตัวอย่างน้ำลายที่เก็บหรือใบรายงานผลการตรวจเลือดต้องนำส่ง บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต ชั้น 17 พร้อมเอกสาร
 ฉบับนี้ และใบคำขอเอาประกันภัย

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท วันที่ได้รับ..... สำหรับใบคำขอเลขที่.....

ข้อควรรู้ก่อนการตรวจการติดเชื้อไวรัสเอช.ไอ.วี (Pre-test Counseling)

1. ความรู้เกี่ยวกับเอดส์

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ

1.1 ทางเพศสัมพันธ์

1.2 ทางเลือด เช่น ได้รับเลือดจากคนที่เป็โรค หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับคนที่เป็โรค เป็นต้น

1.3 จากแม่ไปสู่ลูกในครรภ์ ขณะคลอด หรือจากการกินนมแม่

อาการของโรคเอดส์ในระยะต้น อาจมีแค่ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว ซึ่งผู้ที่เป็นเอดส์อาจไม่รู้สึกริดรอนเลย จนต่อมาจึงเริ่มมีอาการแสดงออกมากขึ้น เช่น มีเชื้อราในปาก เป็นงูสวัด ท้องเสียบ่อยๆ น้ำหนักตัวลด เป็นต้น และในที่สุดจะมีอาการโรคเอดส์เต็มขั้น เช่น เชื้อราขึ้นสมอง ปอดอักเสบ เป็นมะเร็ง สมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งอาการตั้งแต่ระยะต้นจนถึงเป็นเอดส์เต็มขั้นนั้น อาจใช้เวลานานหลายปี ผู้ที่มีอาการในขั้นสุดท้ายหากไม่ได้รับการรักษา มักจะเสียชีวิตภายใน 2-3 ปี

2. การตรวจเลือดเอดส์

วิธีการตรวจเอดส์ที่นิยมมากที่สุด คือ การตรวจเลือด หากผลเลือดเป็นลบ แปลว่า มีเชื้อเอดส์ หากผลเลือดเป็นลบ แปลว่า ตรวจไม่พบเชื้อเอดส์ การพบเลือดบวกไม่ได้แปลว่าจะต้องมีอาการเสมอไป เพราะบางครั้งต้องใช้เวลาหลายปีกว่าจะมีอาการป่วยขึ้นมา และถึงแม้ผลการตรวจเลือดจะเป็นลบ ไม่ได้แปลว่าจะไม่มีเชื้อเสมอไป เพราะบางครั้งอาจได้รับเชื้อมาในช่วง 1-2 เดือนแรก ซึ่งเลือดจะยังเป็นลบอยู่ แต่ต่อมามีกลายเป็นบวก ดังนั้น หากได้ผลเลือดเป็นลบ และมีเหตุควรสงสัย ควรจะตรวจซ้ำอีก หลังจากผ่านไป 3-6 เดือน ถ้าผลยังคงเป็นลบอีก จึงแน่ใจได้ว่าไม่ติดเชื้อ

3. ทำไมควรตรวจเอดส์

การรู้ว่าตัวเองมีเชื้อเอดส์หรือไม่ มีประโยชน์หลายอย่าง เช่น จะได้ป้องกันคนที่รัก ไม่ว่าจะเป็สามี ภรรยา หรือลูกที่จะเกิดมา เพื่อไม่ให้เขาเหล่านั้นติดเชื้อเอดส์ และหากพบว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์ก็จะได้ดูแลรักษาสุขภาพตัวเอง ไม่ให้โรคเอดส์ในตัวกำเริบ เพื่อจะได้มีชีวิตยืนยาวอย่างแข็งแรงและมีคุณภาพดีที่สุดในอัตรภาพ

4. สิทธิของผู้รับการตรวจเอดส์

ผู้รับการตรวจเอดส์มีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ผู้รับการตรวจควรทราบถึงสิทธิก่อนการตรวจเอดส์ ดังนี้

4.1 เว้นแต่กรณีฉุกเฉินหรือเหตุผลความจำเป็นอย่างยั้ง ในการตรวจเอดส์ทุกครั้ง แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะต้องอธิบายการตรวจ การแปลผล และผลกระทบให้แก่ผู้รับการตรวจจนเป็นที่เข้าใจ และจะตรวจได้ก็ต่อเมื่อผู้รับการตรวจหรือผู้ปกครองของผู้รับการตรวจ (ในกรณีที่ผู้รับการตรวจอายุน้อยกว่า 18 ปีหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ) ลงนามยินยอมให้รับการตรวจแล้วเท่านั้น

4.2 ผู้รับการตรวจมีสิทธิซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนและผลการตรวจ โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะต้องตอบคำถามและให้คำแนะนำจนเข้าใจ

4.3 ผลการตรวจเอดส์เป็นความลับระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ที่จะต้องรักษาความลับของผู้รับการตรวจอย่างเคร่งครัด การแจ้งผลต่อผู้อื่น แพทย์จะทำได้ก็ต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้รับการตรวจ หรือจากผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมแล้วแต่กรณี หรือเมื่อแพทย์ต้องปฏิบัติตามหน้าที่หรือตามกฎหมาย

4.4 ผู้รับการตรวจควรทราบว่า หากไม่ตรวจ ณ สถานที่แห่งนั้นจะสามารถไปตรวจที่ใดก็ได้ หรืออาจมีทางเลือกอื่นๆ เช่น ไปขอรับการตรวจที่คลินิกนิรนาม ซึ่งให้บริการตรวจโดยไม่ต้องแจ้งชื่อ เป็นต้น

4.5 ผู้รับการตรวจเอดส์อาจไม่ขอทราบผลการตรวจเอดส์ก็ได้

ที่มา : แพทยสภา