

## หนังสือแสดงความยินยอมของกรณีเฉพาะใน “โครงการสนับสนุนการรับประทานยาภายใน 2 ปี สำหรับชาวต่างชาติในได้วันที่ติดเชื้อ HIV

ข้าพเจ้า “ผู้แสดงความยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้” \_\_\_\_\_ หลังจากได้ฟังคำอธิบายและปรึกษาหารืออย่าง  
ครบถ้วนกับบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_ ได้เข้าใจวัตถุประสงค์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอช  
ไอวี (HIV) (ชื่อยา : Biktarvy®) อย่างถ่องแท้ รวมถึงผลข้างเคียงและความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

**ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมต่อในรายการต่อไปนี้ หากไม่เห็นด้วยกับข้อใดข้อหนึ่ง จะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการนี้ได้ :**

- (1) ยินยอมรับยา Biktarvy® ซึ่งปราศจากกรรมควบคุมและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ และรับประทานตามคำสั่ง  
แพทย์ รวมทั้งเรียนเรื่องสุขภาพ รับคำปรึกษาและการตรวจติดตามภายหลังที่จำเป็นต่อการรักษา แพทย์มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ หยุดหรือยุติการเข้า  
ร่วมโครงการนี้เป็นกรณีหลังรับการประเมินโดยผู้ชำนาญการแล้ว
- (2) ยินยอมให้โครงการนี้จ่ายเพียงตัวยา (Biktarvy®) และเงินช่วยเหลือสำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจหาจำนวนเชื้อไวรัสและจำนวนเม็ดเลือด  
ขาวชนิด CD4 ในการติดตามรักษาเอชไอวีเท่านั้น สำหรับค่ารักษาพยาบาลอื่น ให้ดำเนินการตามที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- (3) ข้าพเจ้ายินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของกรรมควบคุมและป้องกันโรคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ไปรับการตรวจเลือด  
และรับการตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ตามเวลาที่กำหนดที่คลินิกรักษาโรคเอดส์ เพื่อติดตามประสิทธิผลของการรักษาและ  
คาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดโรครายหลัง
- (4) ข้าพเจ้าทราบว่าการหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ผ่านการประเมินของแพทย์ จะทำให้ไวรัสเอชไอวีเกิดการดื้อยา และทำให้รักษายากมาก  
ขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตในภายหลังได้
- (5) หลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะกลับไปรับการตรวจรักษาและรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด และทราบดีว่าหากหยุด  
การรักษาเกิน 3 เดือน จะต้องยุติการเข้าร่วมโครงการ
- (6) ยาที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการนี้เป็นยาตามใบสั่งแพทย์ หากส่งต่อให้ผู้อื่นโดยพลการถือเป็นการละเมิดกฎหมายเภสัชกรรม มาตรา  
50 ของได้วัน มีโทษปรับสูงสุด 2 ล้านบาท ดังนั้น ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการนี้ ว่าด้วยยาที่ได้รับการสนับสนุน  
จากโครงการซึ่งผ่านการประเมินและออกไปส่งยาจากแพทย์นั้นห้ามส่งต่อบุคคลอื่นใช้โดยพลการ ข้าพเจ้ายอมรับว่าห้ามจำหน่ายที่สนับสนุนจาก  
โครงการนี้ไปจำหน่ายต่อ และทราบว่ายาที่สนับสนุนจากโครงการนี้เป็นยาที่ได้จากสนับสนุนโดยกรรมควบคุมและป้องกันโรค หากฝ่าฝืนและ  
นำไปจำหน่ายต่อจะมีโทษปรับสูงสุด 5 ล้านบาท ดังนั้น ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามกฎหมายเภสัชกรรมได้วัน มาตรา 28 หรือมาตรา 55 กำหนด
- (7) หลังจากสิ้นสุดโครงการนี้แล้ว ข้าพเจ้าจะยังให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาและติดตามอาการเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อ  
หลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการดื้อยาหรืออาการรุนแรงและเสียชีวิตเนื่องจากหยุดการรักษา

ผู้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม: \_\_\_\_\_ (ลงนามหรือประทับตรา)

หมายเลขประจำตัวของคนต่างชาติ:

โทรศัพท์ติดต่อ:

ที่อยู่อาศัย:

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี (ค.ศ.) \_\_\_\_\_

กฎหมายเภสัชกรรม มาตรา 28 “ยาและการจำหน่ายยาของผู้จำหน่ายยาแผนปัจจุบัน จะต้องได้รับการควบคุมโดยเภสัชกรประจำร้าน!”

กฎหมายเภสัชกรรม มาตรา 50 “ยาที่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ หากไม่มีใบสั่งยาจากแพทย์ ห้ามมีการจ่ายยา!”

กฎหมายเภสัชกรรม มาตรา 55 “ตัวอย่างยาหรือของบริจาคที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า ห้ามจำหน่าย!”

-----ต้นฉบับของหนังสือแสดงความยินยอมนี้ให้โรงพยาบาลที่ทำการรักษาเป็นผู้จัดเก็บไว้เพื่อใช้ตรวจสอบ-----