

## 進行 HIV 檢測的知情同意書

本人的醫療護理提供者已回答我對愛滋病所存有的任何疑問。本人已經獲得關於 HIV 檢測詳情的下列資訊：

- HIV 是導致愛滋病的病毒，可能經由與愛滋病患者進行無保護措施的性行為 (陰道、肛門或口腔方式的性交) 而傳染；共用注射針頭接觸血液而傳染 (穿洞、刺青、包括注射針頭等的藥物設備)，感染 HIV 的孕婦在懷孕或生產期間、或是哺乳時傳染給她們的嬰兒。
- 對愛滋病的治療能幫助患者保持健康。
- 愛滋病患者能採取安全措施以保護生活中未感染及已感染人士，使其免於遭受感染或是免於感染不同株的 HIV。
- 檢測為自願性質，並且可在公共檢測中心以匿名方式進行。
- 法律保護 HIV 檢測結果及其他相關資訊的保密性。
- 法律禁止基於個人的 HIV 狀況而產生歧視，並有相關措施協助處理歧視情事。
- 法律允許個人對進行 HIV 相關檢測的知情同意書在用於這類檢測時一直有效，直至接受 HIV 檢測者撤銷同意或依據其條款而終止為止。

本人同意接受 HIV 感染檢測。若結果顯示我有 HIV，本人同意得以用今日提供的採樣進行更多檢測，以決定最適當的治療方式，並協助引導 HIV 防治計畫。本人也同意接受未來的檢測以決定治療方式。本人明白可對未來的檢測隨時撤銷同意。若我的 HIV 感染檢測呈陽性，本人明白醫療護理提供者將與我討論告知性伴侶或共用注射針頭的伴侶有可能受到感染。

本人可隨時以口頭或書面方式撤銷同意。只要此份同意書仍然有效，本人的醫療護理提供者無須要求我簽署另一份同意書即可進行更多檢測。在該情況下，本人的醫療護理提供者將告知是否會進行其他的 HIV 檢測，並將記載於我的病歷內。

病患姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

簽名：\_\_\_\_\_   
病患或授權代表人

病歷號碼：\_\_\_\_\_