

นโยบายความเป็นส่วนตัว

จัดทำโดย : สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ที่อยู่ 1 และ 3 ซอยรามคำแหง97/2

แขวงห้วยหมาก เขตบางกะปิ 10240 โทร : 02-731-6532

• ยินยอมให้เก็บข้อมูลส่วนบุคคล

- ข้าพเจ้าได้รับทราบวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าจากเจ้าหน้าที่ของโครงการแล้ว โดยที่ข้าพเจ้าเข้าใจว่า การได้รับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้านั้นเป็นส่วนหนึ่งของการเข้ารับบริการทางสุขภาพของข้าพเจ้าในโครงการ การที่โครงการไม่ได้รับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเป็นเหตุให้การรับบริการของข้าพเจ้าไม่สมบูรณ์
- ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิไม่ยินยอมให้โครงการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า โดยการไม่ให้ความยินยอมนั้นจะเป็นเหตุให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับบริการจากโครงการ เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเป็นส่วนสำคัญหลักที่โครงการต้องได้รับเพื่อการให้บริการของข้าพเจ้าเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์
- ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิไม่ยินยอมให้โครงการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า โดยการไม่ให้ความยินยอมนั้นจะเป็นเหตุให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับบริการจากโครงการ เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเป็นส่วนสำคัญหลักที่โครงการต้องได้รับเพื่อการให้บริการของข้าพเจ้าเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์
- ข้าพเจ้าทราบว่า การให้ความยินยอมใดที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้เมื่อเข้ารับบริการ ข้าพเจ้ามีสิทธิยกเลิกเพิกถอนได้ในภายหลังได้ โดยการยกเลิกเพิกถอนการให้ความยินยอมนั้นไม่มีผลบั่นทอนความยินยอมและผลแห่งความยินยอมซึ่งได้กระทำไปก่อนหน้านี้
- ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิขอให้โครงการลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้ โดยการลบหรือทำลายข้อมูลนั้นอาจเป็นเหตุให้การให้บริการของโครงการแก่ข้าพเจ้านั้น ไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้

- การเก็บ รวบรวม ใช้ ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการจัดเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ใช้เพื่อการลงทะเบียนเพื่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ ได้แก่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด อายุ เพศ หมู่เลือด หมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ ข้อมูลอื่นใดสำหรับการลงทะเบียนและการเข้ารับบริการทางสุขภาพ โดยรวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อการตรวจสอบประวัติการรักษาทางสุขภาพ และเพื่อประโยชน์ในการให้บริการและให้ความช่วยเหลือแก่ข้าพเจ้า เช่น ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลการสนทนา

- การเก็บสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการจัดเก็บสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ซึ่งเป็นเอกสารหลักฐานที่มีข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้า ได้แก่ ข้อมูลชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด เพศ และที่อยู่

- การเปิดเผยข้อมูลเพื่อการบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายของโครงการ ซึ่งได้แก่ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลตามสิทธิฯ สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ มูลนิธิเอ็มพลัส องค์กรแคร์แมท ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย องค์กรแพมิลี่ เฮลท์ อินเตอร์เนชั่นแนล (FHI 360) สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI) หน่วยงานอื่นๆ ที่ลงนามในบันทึกความร่วมมือกับโครงการ และหน่วยงาน คู่ค้า ผู้ให้บริการหรือตัวแทนอื่นๆ หรือบุคคลภายนอกอื่นใดเพื่อประโยชน์โดยตรงที่เกี่ยวข้องต่อการรับบริการของข้าพเจ้า เป็นการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในลักษณะส่งต่อการรักษา หรือเพื่อประโยชน์ต่อชีวิตของข้าพเจ้า รวมถึง การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อหน่วยงานราชการภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- การตรวจเลือดหาเชื้อ HIV

ก่อนรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจข้อความต่อไปนี้

- เข้าใจดีว่า เป็นการตรวจคัดกรองแบบรู้ผลเร็ว โดยใช้เทคนิคการตรวจของเหลวในช่องปาก / เจาะปลายนิ้ว
- ยินดีทำการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองและพร้อมจะอยู่ในกระบวนการตรวจด้วยตนเองตั้งแต่เริ่มจนจบกระบวนการตรวจ
- เข้าใจถึงผลการตรวจทั้งสามประเภท คือ ผลตรวจไม่มีปฏิกิริยา ผลตรวจมีปฏิกิริยา และผลตรวจใช้การไม่ได้
- เข้าใจเกี่ยวกับระยะวินโดวพีเรียด (window period) 90 วัน
- เข้าใจว่า หากผลตรวจมีปฏิกิริยาหรือผลตรวจใช้การไม่ได้ ยินดีจะไปเข้ารับการตรวจเลือดยืนยันถึงการติดเชื้อเอชไอวี
- ยินดีให้เจ้าหน้าที่สามารถทำการติดต่อมา หลังจากได้ตรวจเอชไอวีด้วยตนเองด้วยของเหลวในช่องปากแล้ว เพื่อประโยชน์ของการติดตามการให้บริการอื่นๆที่จำเป็นและเป็นประโยชน์
- ยืนยันว่า เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องและเตรียมความพร้อมทางอารมณ์และจิตใจให้แก่ข้าพเจ้าก่อนการตรวจเรียบร้อยแล้ว เข้าใจว่า ผลการตรวจจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้บุคคลภายนอกได้ทราบโดยปราศจากการยินยอมของข้าพเจ้า ยกเว้นเป็นการเปิดเผยตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบังคับตามที่กฎหมายกำหนด
- ยืนยันว่า การตรวจครั้งนี้ เป็นการตรวจโดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับใดๆ และพร้อมที่จะดำเนินการตรวจ

สิทธิของผู้รับการตรวจ

1. ข้าพเจ้ามีสิทธิจะปฏิเสธไม่ตรวจเลือดได้ การตัดสินใจตรวจเลือดขึ้นอยู่กับการสมัครใจ ของตัวข้าพเจ้า และต้องได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าก่อน
 2. ข้าพเจ้าสามารถเลือกสถานที่ตรวจเลือดที่มีการตรวจเลือดแบบไม่ต้องแจ้งชื่อ หรือแบบนิรนาม และมีบริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด และ/หรือ หาแหล่งที่ปรึกษาเรื่องเอตส์ก่อนการ ตัดสินใจตรวจเลือด
 3. ผลการตรวจเลือดเป็นความลับ
 4. การแจ้งผลการตรวจต่อผู้อื่นเป็นสิทธิของข้าพเจ้าที่จะนำผลการตรวจเลือดนั้นไปด้วยตัวเอง
 5. หากจำเป็นต้องเปิดเผยผลเลือดกับบุคคลอื่น จะต้องได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าก่อน หรือเป็นไปตามการปฏิบัติหน้าที่ ตามกฎหมายข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนท่าน เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามหน้าที่ๆ กฎหมายกำหนด
- ข้าพเจ้าได้อ่าน ยืนยันให้ความยินยอม และรับทราบข้อความข้างต้นแล้วจากเจ้าหน้าที่ คำถามของข้าพเจ้าเกี่ยวกับเอชไอวี ได้รับการตอบแล้ว