紐約州衛生署
AIDS研究所

分娩前接受快速HIV試驗
知情同意書

（請注意：本知情同意書或標準格式的HIV知情同意書均可用作快速試驗的知情同意書。）

HIV試驗係自願試驗，需要取得您的書面同意。快速HIV試驗之目的在於確定您是否已感染HIV（即導致AIDS病的病毒）。**如快速HIV試驗確認您已感染HIV，您在分娩期間可接受藥物治療，以減少將HIV傳染給新生兒的風險，並且孩子出生後可立即接受同樣的藥物治療**。

在您同意接受HIV試驗前，請向醫療服務機構查詢：

HIV的人際傳遞方式和母嬰之間的傳遞方式；

在許多個案中證明能夠防止HIV從母親傳遞給嬰兒的藥物；

要求所有新生兒出生後接受HIV試驗的紐約州法律（無須取得父母的同意）；

初步HIV試驗結果的意義以及如何確認陽性的HIV試驗結果。

如您同意以下陳述並且同意接受快速HIV試驗，請在此表的另一面簽名。

我已查詢接受快速HIV試驗的好處，並且理解HIV感染可能從母親傳染給嬰兒。

我理解：

- 人類免疫缺陷病毒（HIV）係導致AIDS病的病毒。
- 性交是HIV的傳佈途徑之一，因此所有孕婦均可有感染HIV的風險。
- HIV可能在妊娠期間、分娩時以及透過母乳餵養，從母親傳遞給嬰兒。
- 如我感染HIV這種嚴重的疾病，可能影響我的健康以及我的孩子的健康。
- HIV抗體試驗結果是保密的，法律保護我不受與HIV有關的歧視。

如我被發現感染了HIV，可獲得治療以減少我的孩子被感染的風險：

- 如我尚未分娩出我的孩子，我可儘快接受藥物治療，可能大幅度減小我將病毒傳遞給孩子的可能性。
- 我的孩子可接受藥物治療，減小感染HIV的風險。
- 如我在分娩期間或我的新生兒出生後立即接受藥物治療以減小HIV傳遞的風險，可顯著降低我的孩子感染HIV的可能性。
- 治療開始時，醫療服務機構會與我討論服用藥物的任何後果。

紐約州設有一項「新生兒篩檢計畫」：

- 如我現在不同意接受快速試驗，我的孩子出生後將立即接受HIV試驗，無須取得任何人的同意。
- 在紐約州出生的所有孩子都要接受例行的HIV試驗，這也是「新生兒篩檢計畫」的一部分；試驗結果將告訴孩子的母親。

如我同意接受測試，將在12個小時內向我和醫療服務機構報告試驗結果：

- 如我已接受快速HIV試驗，我將在不晚於抽血後12小時獲得測試結果。
- 如快速HIV試驗結果為陰性，此時無須作進一步的試驗。
- 如快速HIV試驗結果為陰性，則說明我很可能未感染HIV，但如果最近才感染，則這一試驗可能無法鑑證。
- 初步HIV試驗結果如果是陽性，則可能我已感染HIV，並且我的孩子也可能接觸了HIV。此時將進行確認性試驗，以確認陽性的初步HIV測試結果。
- 我理解，如我的初步試驗結果為陽性，我可能並沒有感染HIV（可能出現假陽性的測試結果），但是我等待確認性試驗結果期間，最好開始接受治療，以防止傳染給我的孩子。
- 如我的初步HIV試驗結果為陽性，則我的醫療服務機構會建議我在完成確認性試驗之前不要進行母乳餵養。

所有初步試驗結果為陽性者，均要接受確認試驗：

- 如已經開始藥物治療以協助防止HIV從我傳遞給我的孩子，但確認HIV試驗結果為陰性，則我和孩子將立即停止藥物治療。
- 如確認性試驗的結果為陽性，則為協助防止HIV從我傳遞給我的孩子而開始的藥物治療將繼續進行。
- 如我的確認性試驗的結果為陽性，需要進行進一步的試驗，以確定孩子是否已感染HIV。
- 如確認性試驗的結果為陽性，將向我推薦一個內科醫師，以對我本人提供持續的醫療服務，並且將向我推薦一家醫療服務機構，以滿足孩子的醫療需求。

HIV資訊的保密：

如您接受HIV抗體試驗，試驗結果將保密。根據紐約州法律，保密的HIV資訊只能提供給您透過書面許可給予授權的人士或為您提供醫療及服務而有必要瞭解您的HIV狀況者，其中包括：醫務人員；撫養者或收養者；同意照護未成年人的家長及監護人；監禁、監獄、減刑和假釋機關的雇員；應急救護人員以及醫院、其他受監管場所、或醫療機構的其他工作人員（在工作過程中須接觸血液/體液者）；審核您所接受服務的機構。法律還允許在以下特定的有限情形下披露您的HIV資訊：依據特別的法庭命令；依據法律要求向公共保健官員披露；以及因支付照護及治療費用而向保險公司披露。

報告要求：

如透過保密試驗、其他與HIV有關的試驗結果、AIDS診斷而確認您的HIV抗體試驗結果為陽性，或如您在匿名試驗地點接受試驗並選擇在陽性試驗結果內附帶自己的姓名，則您的姓名會報給衛生署。衛生署會將此資訊用於追蹤疫情以及改善預防工作、醫療照護及其他服務的規劃。

通知夥伴：

如您的HIV試驗結果為陽性，醫療服務機構會告訴您通知您的夥伴他們可能已接觸HIV的重要性以及好處。務必讓您的夥伴知道自己可能已接觸HIV，以便他們確定自己是否已被感染，並早期診斷和治療。醫療服務機構可能會要求您提供夥伴的姓名，以及如果通知他們對您是否安全。如您曾受某個夥伴的虐待，務必向醫療服務機構說明此情況。要瞭解關於家庭暴力相關服務的資訊，請致電1-800-942-6906。

- 根據州法律，醫療服務機構必須向衛生署報告該機構瞭解的您任何夥伴的姓名（現在及過去的性夥伴，其中包括配偶，以及共同注射針頭的夥伴）。
- 如您有醫療服務機構所不知的其他夥伴，您可將他們的姓名提供給醫療服務機構，以便通知這些人。
- 為協助您和醫療服務機構通知您的夥伴，有幾個方式可以選擇。如您或醫療服務機構不計劃通知您的夥伴，則衛生署可在不透露您身份的情況下通知他們。如通知可能造成您承擔風險，則衛生署可延遲一段時間再行通知，這段時間讓您足以取得家庭暴力預防服務。
- 如您未向醫療服務機構提供任何夥伴的姓名，或如有必要確認有關您的夥伴的資訊，則衛生署可能會與您聯絡，要求您配合進行確認工作。

HIV試驗結果及相關資訊的保密：

如您感覺已洩密或要瞭解更多關於HIV保密的資訊，請致電紐約州衛生署HIV保密專線，電話號碼是1-800-962-5065。任何醫療或社工服務提供者如非法向任何人洩露您的HIV資訊，受到的懲罰可能是最高達5,000美元罰款及最長達一年的監禁。此外，法律還保護您在住房、就業、醫療服務或其他服務上免受與HIV有關的歧視。要瞭解更多資訊，請致電紐約州人權局，電話號碼是1-800-523-2437。

我關於HIV抗體試驗的問題均已得到解答。我同意接受HIV試驗。

簽字： _____ 日期： _____

I provided pre-test counseling in accordance with Article 27-F of the New York State Public Health Law. I answered the above individual's questions about the test and offered her an unsigned copy of this form.

Signature: _____ Title: _____

Facility/Provider Name: _____