

# 員生醫院

## 愛滋病毒篩檢注意事項

### 一、愛滋病毒的傳染途徑

#### (一) 性行為傳染：

任何無保護性（未全程正確使用保險套）之口腔、肛門、陰道等方式之性交，均有可能感染。

#### (二) 血液交換傳染：

1. 共用注射針頭、針筒或稀釋液。
2. 使用或接觸被愛滋病毒污染的血液、血液製劑，如輸血、針扎等。
3. 接受愛滋病毒感染者之器官移植。

#### (三) 母子垂直感染：

嬰兒被已感染病毒的母親在妊娠期、生產過程或因授乳而感染。

### 二、本項愛滋病毒抗體篩檢，需三天可知檢驗結果。篩檢結果與相關注意事項如下：

#### (一) 篩檢呈陰性反應：

1. 為了保護您與他人的健康，建議您仍需採取預防措施，避免透過以上途徑傳染愛滋病毒。
2. 可能處於空窗期，無法完全排除感染，建議您半年後再篩檢一次，期間並請避免捐血或發生危險性行為。

#### (二) 篩檢呈陽性反應：

1. 仍不能確認為愛滋病毒感染，須再做西方墨點法確認試驗。
2. 如確認為感染者，可至愛滋病指定醫院(請詳見疾病管制署全球資訊網 [www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)) 進行後續照護及治療，愛滋病免費諮詢電話：0800-888995 或疾病管制署諮詢專線：1922。
3. 目前台灣提供高效能抗病毒藥物治療(俗稱雞尾酒治療)，治療後均能有效延長生命10~20年以上且大幅提升生活品質，只要您遵循醫囑，不必太過憂心。

### 三、本院對於您的檢驗結果及個人隱私，均會妥善保護，並負保密之責。

---

## 篩檢同意書

經過說明，本人已經了解愛滋病毒篩檢的方法與意義，以及愛滋病毒的傳染途徑，本次篩檢是具名保密檢驗，檢驗結果若為陽性，將以密件方式報告地方衛生機關，以提供後續就醫轉介服務，本人同意接受篩檢。

立同意書人：

身分證(居留証)字號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國            年            月            日