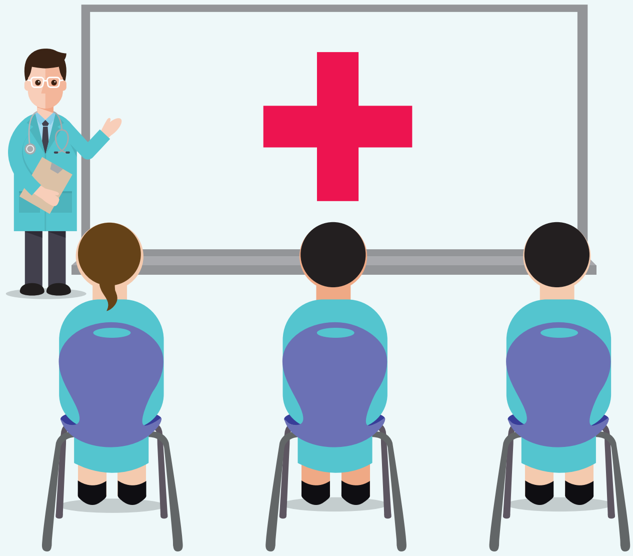
ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

— ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ —

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់



ការបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និង មិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

ខែ កុម្ភៈ ឆ្នាំ ២០១៩

មាតិកា

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ **iv**

ពាក្យបំព្រួញ **v**

១. សារតា និងសនិទានភាព **7**

២. គោលបំណង **9**

៣. តើនរណាខ្លះសមស្របក្នុងការទទួលបាន PEP សម្រាប់គោលការណ៍ណែនាំនេះ ? **10**

៣.១ បុគ្គលិកសុខាភិបាល 10
៣.២ អ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល 10

៤. ការវាយតម្លៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ **11**

៤.១ តើអ្វីទៅជាហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយមានការប្រឈមឬមានការរងគ្រោះ ? 11
៤.២ តើស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៃបុគ្គលជាប្រភពដូចម្តេច ? 12
៤.៣ តើស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ នៃបុគ្គលដែលបានប្រឈមយ៉ាងដូចម្តេច ? 14

៥. ការវាយតម្លៃការព្យាបាល និងការតាមដាន **15**

៥.១ ព័ត៌មានអំពីការប្រឈម 15
៥.២ ព័ត៌មានអំពីបុគ្គលដែលប្រឈម 15
៥.៣ ព័ត៌មានអំពីបុគ្គលជាប្រភព 15
៥.៤ ការតាមដាន 15

៦. ការវាយតម្លៃមន្ទីរពិសោធន៍និងការតាមដាន **16**

៧. ការផ្តល់ឱ្យ PEP **17**

៧.១ ពេលណាត្រូវផ្តល់ PEP 17
៧.២ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍ 17
៧.៣ ការរាយការណ៍ពីការប្រឈម 18
៧.៤ ការគ្រប់គ្រងការប្រឈមសម្រាប់អ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល 18
៧.៥ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ PEP 22
៧.៦ តាមទ្រឹស្តីហានិភ័យ ការកើនឡើងនៃការរលាកថ្លើម (Hepatic flare) ក្នុងចំណោមអ្នកដែលមានមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) 23
៧.៧ ការគ្រប់គ្រងបន្ទាន់ដល់បុគ្គលដែលប្រឈមត្រូវបានគេដឹង ឬសង្ស័យថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ 23
៧.៨ ផលរំខានបណ្តាលពីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV side effects) 24

៨. របាយការណ៍ **26**

៨.១ សូចនាករសម្រាប់ PEP 26

៩. ឧបសម្ព័ន្ធ **29**

ឧបសម្ព័ន្ធទី១៖ វិធីថៃទាំលម្អិតចំពោះអ្នកប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍ 29
ឧបសម្ព័ន្ធ២៖ ទម្រង់ប្រមូលទិន្នន័យ 32
ឧបសម្ព័ន្ធទី៣៖ ទម្រង់របាយការណ៍ 36

១០. ឯកសារយោង 38

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ (NCHADS) សូមថ្លែងអំណរគុណដល់គ្រប់អង្គភាពទាំងអស់របស់ NCHADS ដែលរួមមានអង្គភាពថែទាំជំងឺអេដស៍ ការិយាល័យបច្ចេកទេស និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍នានារួមមានគំរោង LINKAGES នៃអង្គការ FHI 360, US-CDC, WHO, UNAIDS, CRS, KHANA, GIZ និងអង្គការផ្សេងទៀត ដែលបានចូលរួមចំណែកយ៉ាងសកម្មក្នុងការបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំជាតិការបង្ការក្រោយពេលប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល។

សូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេសចំពោះលោកវេជ្ជ. សំរិទ្ធ សុវណ្ណារិទ្ធ លោកវេជ្ជ. ង៉ូវ បូរ៉ា លោកវេជ្ជ. ទូច សារុន លោកវេជ្ជ. ង៉ែត បុត្រា លោកវេជ្ជ. ឆិល សារឹម លោក អ៊ឹម ចាន់រី លោកវេជ្ជ. ចាន់ សូដារ៉ា លោក អ៊ឹង ប៉ូលីន និងលោកវេជ្ជ. Steve Wignall សម្រាប់កិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងក្នុងការ សម្របសម្រួល និងបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំដ៏មានសារៈសំខាន់នេះឡើង។

ភ្នំពេញថ្ងៃទី ១៨ ខែ មិថុនា ឆ្នាំ២០១៩

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ. លី ពេញ ស៊ុន

ពាក្យបំព្រួញ

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AEM	Asian Epidemic Model
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	Antiretroviral Therapy
ARV	Antiretroviral
ATV/r	Ritonavir boosted Atazanavir
AZT	Zidovudine
cART	combination Antiretroviral Therapy
CNS	Central Nervous System
CRS	Catholic Relief Services
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
EW	Entertainment Worker
GBV	Gender Based Violence
GIZ	Deutsche Gesellschaft Fuer International Zusammenarbeit
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Assessment
IDU	Injection Drug Use
KP	Key Population
KHANA	Khmer HIV/AIDS NGO (Non-Governmental Organization) Alliance
LPV/r	Ritonavir boosted Lopinavir
MSM	Men Who have Sex with Men
NCHADS	National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STI
NSHN	National Healthcare Safety Network
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NRTI	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
PEP	Post-Exposure Prophylaxis
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis
RTI	Reproductive Tract Infections
STI	Sexually Transmitted Infection
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarate
TG	Transgender SOP: Standard Operating Procedure
PI	Protease Inhibitor
PLHIV	People Living with HIV
PWUD	People Who Use Drugs
PWID	People Who Inject Drugs
VL	Viral Load
UD	Undetermined
UK	Unknown

១. សាវតា និងសនិទានភាព

គោលការណ៍ណែនាំ PEP ត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរខ្លឹមសារពីគោលការណ៍ណែនាំ PEP ឆ្នាំ ២០០៦ និងផ្នែក PEP នៃគោលការណ៍ណែនាំជាតិក្នុងការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលមេរោគអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងមនុស្សវ័យជំទង់ ដែលត្រូវបានការកែតម្រូវឡើងវិញលើកទី៤ នៅឆ្នាំ ២០១៥ ។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់ PEP នៅឆ្នាំ២០០៦ ផ្តោតលើតែបុគ្គលិកសុខាភិបាល (occupational) ប៉ុណ្ណោះ ប៉ុន្តែគោលការណ៍ណែនាំ PEP បច្ចុប្បន្ននេះ ត្រូវបានពង្រីកដល់អ្នកដែលមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល (non-occupational) ដែលមានការប្រឈមទៅនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ប្រសិនបើអ្នកគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍បានប៉ះពាល់ឈាម ទឹកកាម ឬទឹករំអិលរបស់អ្នកដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។ ការចម្លងមេរោគអេដស៍ គឺអាចកើតឡើងបាន ប្រសិនបើមានសម្ភារមានមេរោគអេដស៍ចូលក្នុងរាងកាយតាមៈ

- ការរងរបួសដោយមុតម្ជុល ឬមានរបួសស្នាមដោយឧបករណ៍វះកាត់
- ការប្រឈមដោយមានដាច់រលាត់ស្បែក ឬភ្នាសជាលិកាស្តើងៗ
- រួមភេទដោយមិនបានការពារជាមួយអ្នកដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (រួមបញ្ចូលការប្រឈមពីការរួមភេទ ឧទាហរណ៍ ដូចជាបែកស្រោមអនាម័យ)
- ប្រើម្ជុល ឬឧបករណ៍ចាក់រួមគ្នា
- ការបញ្ចូលឈាម ឬផលិតផលឈាមដែលមានមេរោគអេដស៍។

មេរោគអេដស៍ ជាមេរោគដែលមិនមែនងាយនឹងឆ្លងនោះទេ។ អត្រានៃការចម្លងតាមវិធីដែលបានរៀបរាប់ខាងលើមានចន្លោះរវាង ១% និង ០,១%។ កត្តាជាច្រើនដែលមានឥទ្ធិពលក្នុងការចម្លង អាស្រ័យទៅលើប្រភពនៃការចម្លង បរិមាណនៃវីរុស និងរយៈពេលនៃការប្រឈម។ ការប៉ះពាល់ជាមួយសារធាតុរាវនៃរាងកាយរបស់អ្នកជំងឺដែលមានបន្ទុកមេរោគមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ក្នុងឈាម តាមទ្រឹស្តីមានការប្រឈមខ្ពស់ក្នុងការចម្លងខ្ពស់ជាងការប៉ះពាល់ស្រដៀងគ្នាទៅនឹងវត្ថុរាវនៃរាងកាយផ្សេងទៀតរបស់អ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមានបន្ទុកមេរោគក្នុងឈាមទាប។ ដូចគ្នាផងដែរ ការយកចេញនូវធាតុចម្លងឱ្យបានឆាប់រហ័ស ឧទាហរណ៍ យកចេញពីស្បែក ឬភ្នាសជាលិកាដែលដាច់រលាត់តាមរយៈការលាងសម្អាត ឬថ្នាំសម្លាប់មេរោគ អាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លង។

តារាងទី១៖ ការប៉ាន់ប្រមាណការប្រឈមនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងពេលប្រឈមម្តងសម្រាប់សកម្មភាពជាក់លាក់ និងហេតុការណ៍ផ្សេងៗ

សកម្មភាព	ហានិភ័យក្នុងការប្រឈមម្តង
ការរួមភេទតាមទ្វារមាស ពីស្ត្រីទៅបុរស ការសិក្សានៅក្នុងបណ្តាប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលខ្ពស់	0.04% (1:2380)
ការរួមភេទតាមទ្វារមាស ពីបុរសទៅស្ត្រី ការសិក្សានៅក្នុងបណ្តាប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលខ្ពស់	0.08% (1:1234)
ការរួមភេទតាមទ្វារមាស ពីស្ត្រីទៅបុរស ការសិក្សានៅក្នុងបណ្តាប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប	0.38% (1:263)

សកម្មភាព	ហានិភ័យក្នុងការប្រឈមម្តង
ការរួមភេទតាមទ្វារមាស ពីបុរសទៅស្ត្រី ការសិក្សានៅក្នុងបណ្តាប្រទេសដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប	0.30% (1:333)
ការរួមភេទតាមទ្វារមាសជាមួយដៃគូដែលគ្មានរោគសញ្ញា	0.07% (1:1,428)
ការរួមភេទតាមទ្វារមាស ជាមួយដៃគូមានជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយ	0.55% (1:180)
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទចំពោះអ្នកទទួល ក្នុងចំណោមបុរសស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ដៃគូមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	0.27% (1:370)
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទចំពោះអ្នកទទួល ក្នុងចំណោមបុរសស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ដៃគូមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍	0.82% (1:123)
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទចំពោះអ្នកទទួល ដោយប្រើស្រោមអនាម័យបុរសស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ដៃគូមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	0.18% (1:555)
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទចំពោះអ្នកស៊កបញ្ចូលលិង្គ បុរសស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ដៃគូមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	0.06% (1:1666)
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទចំពោះអ្នកស៊កបញ្ចូលលិង្គប្រើស្រោមអនាម័យ បុរសស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ដៃគូមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	0.04% (1:2500)
ការបៀម ឬជញ្ជក់លិង្គ (Receptive fellatio)	0.00% to 0.04% (1:2500)
ពីម្តាយទៅកូន ដោយម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍យ៉ាងហោចណាស់ពី ពីរសប្តាហ៍ឡើងទៅ	0.8% (1:125)
ពីម្តាយទៅកូន ដោយម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បន្ទុកមេរោគក្នុងឈាមក្រោម ៥0 copies/ml	0.1% (1:1,000)
ការចាក់គ្រឿងញៀន	0.63% (1:158) to 2.4% (1:41)
ការរងរបួសដោយមុតម្ជុល ដោយគ្មានការប្រឈមមុខផ្សេងៗទៀត	0.13% (1:769)
ការបញ្ចូលឈាមជាមួយឈាមដែលមិនបានពិនិត្យត្រឹមត្រូវ	92.5% (9:10)

Sources: http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/

ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលមានការប្រឈម (PEP) សំដៅលើការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះបុគ្គលដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការការចម្លងបន្ទាប់ពីត្រូវបានប្រឈមជាមួយមេរោគអេដស៍ ។ កម្រិតថ្នាំដែលត្រូវប្រើ (ដូស) ដំបូងសម្រាប់ PEP គួរត្រូវបានប្រើនៅក្នុងរយៈពេល ២ ម៉ោង (ប៉ុន្តែអាចលេបបាននៅក្នុងរយៈពេល ៧២ ម៉ោងដំបូង) ក្រោយពេលមានការប្រឈម ហើយការវាយតម្លៃពីហានិភ័យត្រូវបានធ្វើឡើងឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន។

២. គោលបំណង

ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលមានការប្រឈម (PEP) គឺជាការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV) ក្នុងរយៈពេលខ្លីមួយ ដើម្បីកាត់បន្ថយលទ្ធភាពការចម្លងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់ពីការប៉ះពាល់ដោយកម្រិតប្រឈមខ្ពស់ សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ PEP គួរតែត្រូវបានផ្តល់ជូនជាផ្នែកមួយនៃការបង្ការជាសកលដែលមានលក្ខណៈទូលំទូលាយដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍។

២.១ គោលបំណងរួម

កាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍បន្ទាប់ពីការប្រឈមចំពោះបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដូចជាការរំលោភសេពសន្ថវៈ និងដៃគូនៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គូស្វាមីភរិយាដែលម្ខាងគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (Sero-discordance couple) បានចុះឈ្មោះព្យាបាលក្នុងគ្លីនិក ART ប៉ុន្តែមិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តិចជាងរយៈពេល៣ខែ ឬលទ្ធផលតេស្ត VL មានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមចុងក្រោយ >1000 copies/ml រួមភេទដោយមិនបានការពារ ឬបែកស្រោមអនាម័យ។

២.២ គោលបំណងជាក់លាក់សម្រាប់គោលការណ៍ណែនាំ

- បង្កើនចំណេះដឹងអំពីការប្រើប្រាស់ PEP សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅគ្រប់សេវាកម្មទាំងអស់នៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល។
- ផ្តល់ការណែនាំច្បាស់លាស់ដើម្បីអនុវត្ត PEP នៅតាមគ្លីនិក ART នឹងផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

៣. តើនរណាខ្លះសមស្របក្នុងការទទួលបាន PEP សម្រាប់គោលការណ៍នាំនេះ ?

៣.១ បុគ្គលិកសុខាភិបាល

- បុគ្គលិកគិលានុបដ្ឋាយិកា
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់
- បុគ្គលិកផ្នែកសម្ភព
- គ្រូពេទ្យវះកាត់ និងបុគ្គលិកផ្នែកវះកាត់
- អ្នកបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍
- គ្រូពេទ្យព្យាបាល
- អ្នកហាត់ការ និងនិស្សិតពេទ្យ
- ទន្តពេទ្យ
- បុគ្គលិកសម្អាតគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល បុគ្គលិកគ្រប់គ្រងទីកន្លែងរក្សាសពបណ្តោះអាសន្ន និងអ្នកគ្រប់គ្រងកាកសំណល់ព្យាបាលនៅក្នុងទីតាំងថែទាំសុខភាព

៣.២ អ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល

- ជនរងគ្រោះពីការរំលោភផ្លូវភេទ (តាមទ្វារមាស តាមរន្ធគូទ និងតាមមាត់)
- ក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់ (EW, MSM, TG, PWID) ដែលបានរាយការណ៍ថាមិនបានប្រើស្រោមអនាម័យ ឬបែកស្រោមអនាម័យ
- ដៃគូរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (គូស្វាមីភរិយាដែលម្ខាងគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍) បានចុះឈ្មោះព្យាបាលនៅគ្លីនិក ART ប៉ុន្តែមិនទាន់បានប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬបានប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍តិចជាងរយៈពេល ៣ខែ ឬលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តVLចុងក្រោយមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍>1000 copies/ml រួមភេទដោយមិនបានការពារ ឬបែកស្រោមអនាម័យ រយៈពេលតិចជាង ៧២ ម៉ោង។

៤. ការវាយតម្លៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍

៤.១ តើអ្វីទៅជាហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយមានការប្រឈមឬមានការរងគ្រោះ ?

ក) ការប៉ាន់ប្រមាណពីការប្រឈមនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់ការរួមភេទទាំងឡាយណាដែលមិនបានប្រើស្រោមអនាម័យ រួមទាំងការបែកស្រោម ឬការប្រើស្រោមមិនបានត្រឹមត្រូវ។

តារាងទី២៖ ការរងគ្រោះ និងហានិភ័យក្នុងការឆ្លង ដោយបានដឹងថាប្រភពមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ប្រភេទនៃការប្រឈមការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីប្រភពដែលជាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមិនបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	អត្រាប៉ាន់ប្រមាណនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទ ចំពោះអ្នកទទួល	
- ការបាញ់បញ្ចូលទឹកកាម (Ejaculation)	1/70
- ការបញ្ចេញទឹកកាមមកក្រៅ (Withdrawal)	1/155
ការប្រើម្ជុលនិងឧបករណ៍ចាក់ដទៃទៀតរួមគ្នា	1/125
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទចំពោះអ្នកស៊កបញ្ចូល ដោយមិនបានកាត់ស្បែកចុងលិង្គ	1/160
ការរួមភេទតាមរន្ធគូទចំពោះអ្នកស៊កបញ្ចូល ដោយបានកាត់ស្បែកចុងលិង្គ	1/900
ការរួមភេទតាមទ្វារមាសចំពោះអ្នកទទួល	1/1250
ការរួមភេទតាមទ្វារមាសចំពោះអ្នកស៊កបញ្ចូល	1/2500
ការរួមភេទតាមមាត់ ចំពោះអ្នកស៊កបញ្ចូល ឬចំពោះអ្នកទទួល	មិនអាចប៉ាន់ប្រមាណពីការប្រឈមបានទេ កម្រិតនៃការឆ្លងទាបខ្លាំងណាស់
រងរបួសដោយម្ជុលមុត ឬរងគ្រោះដោយសារមុតរបស់ស្រួចផ្សេងទៀត	1/440
រងការប្រឈមចំពោះភ្នាស និងលើស្បែកដោយមិនមានការដាច់រលាត់	<1/1000

* ការប៉ាន់ប្រមាណទាំងនេះ គឺផ្អែកលើការសិក្សាតាមដានទៅអនាគត មិនមែនជាទិន្នន័យបានមកពី cross-sectional ឬតួលេខដែលបានមកពីការធ្វើការងារជាគំរូទេ (figures derived from modelling)។ ការប៉ាន់ប្រមាណទាំងនេះមិនគិតពីប្រភពបន្ទុក មេរោគក្នុងឈាមទេ តាមការកត់សម្គាល់ប្រសិនបើបន្ទុកមេរោគមិនអាចរកឃើញ សន្មតថាការប្រឈមនៃការចម្លងមានការថយចុះ ចំពោះអ្នកដែលមានបន្ទុកមេរោគក្នុងឈាមខ្ពស់ ជាក់ស្តែងការប្រឈមនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍នឹងកើនឡើង។
ប្រភព: ASHM ខែសីហា ឆ្នាំ 2016.

មានកត្តាជាច្រើនធ្វើឱ្យមានការប្រែប្រួលការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ហើយគួរពិចារណាក្នុងការវាយតម្លៃចំពោះហានិភ័យ។

កត្តាមួយចំនួនដែលបង្កើនការប្រឈមនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍៖

- ប្រភពដែលមានកម្រិតបន្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ក្នុងឈាមមានន័យថា ការប្រឈមនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ក៏ខ្ពស់ដែរ
- ជំងឺកាមរោគ (STI) ជាប្រភពជំរុញឱ្យមានភាពងាយក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ជាពិសេស ជំងឺដំបៅលើប្រដាប់ភេទ និងមានរោគសញ្ញាជំងឺប្រមេះ។
- សម្រាប់អ្នកដែលទទួលទឹកកាមក្នុងអំឡុងពេលរួមភេទតាមរន្ធគូទ ឬទ្វារមាស
- ការដាច់រលាត់នៃភ្នាសអង្គជាតិនៅពេលរួមភេទតាមមាត់
- ការដាច់រលាត់នៃភ្នាសក្នុងមាត់នៅពេលរួមភេទតាមមាត់
- ការជៀតចូល ឬរបួសដែលជ្រាបចូលក្នុងស្បែក (percutaneous) ដោយម្ជុលមានរន្ធប្រហោង ចាក់ដោយផ្ទាល់ ឬចាក់តាមសរសៃឈាមដោយប្រើម្ជុលឬសឺរ៉ាំងដែលផ្ទុកឈាមមានមេរោគអេដស៍។
- ចំពោះដៃគូរួមភេទដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមិនបានប្រើវិធីសាស្ត្រកាត់ស្បែកចុងលិង្គបានអនុវត្តការរួមភេទតាមរន្ធគូទ ឬតាមទ្វារមាស ជាអ្នកស៊កបញ្ចូល ឬអ្នកទទួល។
- ការប៉ះពាល់ឈាមដែលមានបរិមាណច្រើន ឬសារធាតុរាវផ្សេងទៀតដែលអាចចម្លងមេរោគអេដស៍បាន
- ការប្រឈមមានរយៈពេលយូរ ឬមានទំហំធំនៅលើស្បែក ឬភ្នាសដែលដាច់រលាត់ ដោយឈាម ឬសារធាតុរាវដែលឆ្លងឬវីរុសប្រមូលផ្តុំច្រើន ជាពិសេសនៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍។
- ការប៉ះពាល់ឈាមរបស់អ្នកជំងឺក្នុងដំណាក់កាលមានជំងឺធ្ងន់ ឬមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ក្នុងឈាម។
- ការរងរបួស ឬមុតជ្រៅទៅក្នុងស្បែក។
- សម្ភារះកាត់មុតស្រួចមានជាប់ឈាមពីសរសៃវ៉ែន ឬអាទែរ របស់អ្នកជំងឺអេដស៍ជាប្រភពចម្លង។
- ការរងរបួសដោយមុតម្ជុលមានរន្ធប្រហោង ម្ជុលមានផ្ទុកឈាម។
- មានការកំណត់ ឬការពន្យារពេលយូរក្នុងការទទួលបានថ្នាំបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈម។

ខ) សារធាតុរាវក្នុងរាងកាយដែលបង្កឱ្យមានហានិភ័យក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍៖

- ឈាម
- ទឹកមាត់មានលាយឈាម
- ទឹកដោះ
- សារធាតុរាវចេញពីប្រដាប់ភេទ និងខួរឆ្អឹងខ្នង
- ទឹកភ្លោះ សាធាតុរាវពោះវៀនធំ សារធាតុរាវក្នុងពោះ ទឹកសន្លាក់ ទឹកស្រោមបេះដូង ឬទឹកស្រោមសួត

គ) សារធាតុរាវនៃរាងកាយដែលមិនបង្កឱ្យមានប្រឈមក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះមិនត្រូវការ PEP ទេ

- ទឹកភ្នែក
- ទឹកមាត់ដែលគ្មានលាយឈាម
- ទឹកនោម និងញើស

៤.២ តើស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៃបុគ្គលជាប្រភពដូចម្តេច?

នៅពេលដែលប្រភពបានបញ្ជាក់ថាមានមេរោគអេដស៍វិជ្ជមាន ការផ្តល់ជូនសេវា PEP មិនត្រូវពន្យារពេលឡើយ

ល្អបំផុតត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងសកម្ម ដើម្បីទាក់ទងអ្នកជាប្រភព និងសុំឱ្យពួកគេធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ជាបន្ទាន់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ជានិច្ចកាល សភាពប្រឈមបែបអនាមិក ធ្វើឱ្យពិបាកអនុវត្តសម្រាប់ការប្រឈមចំពោះអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល។

ដូច្នេះ៖

- ប្រសិនបើអ្នកជាប្រភពមិនអាចទាក់ទងបាន ទិន្នន័យដែលបានរកឃើញ (សូមមើលតារាងទី៣) នឹងជួយក្នុងការកំណត់នូវតម្រូវការសម្រាប់ PEP ។
- ប្រសិនបើអ្នកជាប្រភពអាចទាក់ទងបាន៖
  - ○ បង្ហាញថាពួកគេមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទម្រង់សុំការយល់ព្រមគួរត្រូវបានធ្វើឡើង ដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានលម្អិតអំពីការព្យាបាលពីគ្រូពេទ្យរបស់ពួកគេ។ វាមានប្រយោជន៍ដើម្បីដឹងថា តើពួកគេកំពុងព្យាបាល ឬអត់ហើយប្រសិនបើបន្ទុកមេរោគរបស់ពួកគេមិនអាចរកឃើញ (undetectable) ។
  - ○ បើដឹងថា ពួកគេកំពុងប្រើ PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) ជាទូទៅ PEP មិនតម្រូវឱ្យទេ ប្រសិនបើអាចកំណត់បានថាជាបុគ្គលដែលលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ការសម្រេចចិត្តក្នុងការផ្តល់ PEP នៅតែត្រូវបានពិចារណាលើមូលដ្ឋានពីមួយករណីទៅមួយករណីដោយផ្អែកលើសក្តានុពលនៃអ្នកជាប្រភពដែលមិនបានលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
  - ○ ការជ្រើសរើសមិនបង្ហាញពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ឬមិនព្រមធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ពីប្រភព ត្រូវបានសន្មតថាពួកគេមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដូចនេះ PEP គួរត្រូវបានផ្តល់ចំពោះជនរងគ្រោះ។

តារាងទី៣៖ ការប៉ាន់ប្រមាណប្រេវ៉ាឡង់មេរោគអេដស៍របស់ប្រជាជនកម្ពុជាតាមលក្ខណៈប្រជាសាស្ត្រ

ប្រជាជន/ក្រុមប្រជាជនផ្សេងទៀត	ប្រេវ៉ាឡង់	ប្រភព
ប្រជាជនពេញវ័យទូទៅ	0.6%	AEM 2016
អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (PWID)	15.2%	IBBS 2017
អ្នកប្រើគ្រឿងញៀន (PWUD)	5.7%	IBBS 2017
អ្នកធ្វើការនៅសេវាកម្សាន្ត (ឯករាជ្យ)	11.8%	IBBS 2016
អ្នកធ្វើការនៅសេវាកម្សាន្ត	3.2%	IBBS 2016
អ្នកបំប្លែងភេទ	5.9 %	IBBS 2016
បុរសរួមភេទជាមួយបុរស	2.3%	IBBS 2014

ដើម្បីប៉ាន់ប្រមាណហានិភ័យនៃការប្រឈមពីអ្នកជាប្រភពមិនច្បាស់លាស់មួយ៖

ហានិភ័យនៃការឆ្លង=ហានិភ័យក្នុងការរងប្រឈមម្តង x ហានិភ័យនៃប្រភពមេរោគអេដស៍វិជ្ជមាន (ប្រេវ៉ាឡង់)

- ហានិភ័យចំពោះបុគ្គលិកថែទាំសុខភាព (HCW) ដែលមានរបួសដោយសារមុតម្ជុលដែលបានដឹងថាជាអ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (PLHIV) = 1/440 ឬ 0,23%
- ហានិភ័យចំពោះ HCW ដែលមានរបួសស្នាមដោយសារមុតម្ជុលពីមនុស្សម្នាក់ជាមនុស្សពេញវ័យទូទៅ មិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ = 1/440 (0,23%) x 0,6% = 0,0014%

ប៉ាន់ប្រមាណពីហានិភ័យចំពោះការប្រឈមច្រើនលើក និងដែលចេញពីប្រភពច្រើនត្រូវប្រើប្រមាណវិធីដូចខាងក្រោម ៖

- ហានិភ័យលើស្ត្រីដែលត្រូវបានគេរំលោភផ្លូវភេទនិងរន្ធគូទដោយក្រុម PWUD (1/1250 x 5,7%) + (1/70 x 5,7%) = 0,0046% + 0,081% = 0,086%
- ហានិភ័យចំពោះស្ត្រីដែលត្រូវបានរំលោភផ្លូវភេទដោយក្រុម PWUD ដោយ 5នាក់ = 5 x 1/1250 x 5.7% = 0.023%

ទោះបីជាយ៉ាងណា សូមចំណាំថា៖

១) ហានិភ័យពិតប្រាកដអាចនឹងកើនឡើងដោយសារកត្តាជីវសាស្ត្រ និងកត្តាដែលបានលើកឡើងខាងលើ

២) ក្នុងករណីរំលោភសេពសន្ថវៈ ប្រភពនៃប្រជាសាស្ត្រអាចមិនដឹងឡើយ។

៤.៣ តើស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ នៃបុគ្គលដែលបានប្រឈមយ៉ាងដូចម្តេច ?

បេក្ខជនទាំងអស់សម្រាប់ PEP តម្រូវឱ្យមានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ជាដំបូង។ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តគួរតែត្រូវបានរៀបចំឱ្យបានរួចរាល់ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង បន្ទាប់ពីសំណាកត្រូវបានប្រមូល ប៉ុន្តែ PEP គួរតែបានព្យាបាលឱ្យបានលឿនដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តឡើយ។ ប្រសិនបើការធ្វើតេស្ត មេរោគអេដស៍មានប្រតិកម្ម ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល PEP។

៥. ការវាយតម្លៃការព្យាបាល និងការតាមដាន

ព័ត៌មានខាងក្រោមគួរតែបានទទួល និងចងក្រងជាឯកសារនៅក្នុងឯកសាររបស់អ្នកជំងឺ៖

៥.១ ព័ត៌មានអំពីការប្រឈម

ក) កាលបរិច្ឆេទនិងពេលវេលានៃការប្រឈម

ខ) ប្រភេទនៃការប្រឈម ជារួមមានការពាក់ព័ន្ធជាមួយឈាម ឬសារធាតុរាវក្នុងរាងកាយ ការប៉ះទង្គិច ការសង្គ្រោះបឋមត្រូវបានអនុវត្ត និងកត្តារួមចំណែកផ្សេងៗទៀត។

៥.២ ព័ត៌មានអំពីបុគ្គលដែលប្រឈម

ក) ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ និងលទ្ធផលតេស្តថ្មីៗបំផុត។

ខ) សក្តានុពលនៃការប្រឈមក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយ (ឬរយៈពេលមុននេះ ប្រសិនបើការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ចុងក្រោយមានរយៈពេលច្រើនជាងបីខែ)។

គ) ការប្រើប្រាស់ PEP ឬ PrEP កន្លងមក។

ឃ) ការវាយតម្លៃជំងឺកាមរោគបច្ចុប្បន្ន។

ង) ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) និង C (HCV)។

ច) ការប្រឈមចំពោះការមានផ្ទៃពោះ ការពន្យារកំណើត និងការបំបៅកូន (ពិចារណាចំពោះការពន្យារកំណើតភ្លាមៗ)។

៥.៣ ព័ត៌មានអំពីបុគ្គលជាប្រភព

ការផ្តល់ PEP មិនតម្រូវឱ្យពន្យារពេល ខណៈដែលកំពុងរង់ចាំព័ត៌មានខាងក្រោមនេះឡើយ៖

ក) ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រសិនបើដឹង

ខ) កត្តាប្រជាសាស្ត្រ ឧទាហរណ៍ យេនឌ័រ

គ) ប្រសិនបើមានមេរោគអេដស៍វិជ្ជមាន៖ បន្ទុកមេរោគក្នុងឈាម កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តចុងក្រោយ ការប្រើថ្នាំត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់

ឃ) ជំងឺកាមរោគបច្ចុប្បន្ន ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង C

ង) តើអាចដឹងបានទេថាអ្នកជាប្រភពមានប្រើ PrEP ដែរឬអត់

៥.៤ ការតាមដាន

ពេលវេលាសម្រាប់ផ្តល់អនុសាសន៍ដើម្បីធ្វើការតាមដានមេរោគអេដស៍ និងការធ្វើតេស្តផ្សេងៗទៀតត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងទី៤ - បុគ្គលដែលបានរកឃើញថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬលទ្ធផលតេស្តមូលដ្ឋាន មិនអាចកំណត់បាន ឬក្នុងអំឡុងពេលតាមដាន តម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនភ្លាមៗទៅកាន់អ្នកផ្តល់ការណែនាំថ្នាក់ជាតិអំពីមេរោគអេដស៍។

៦. ការវាយតម្លៃមន្ទីរពិសោធន៍និងការតាមដាន

បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដ៏មានសក្តានុពល បុគ្គលទាំងនេះគួរតែតាមដានដោយធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ជាមូលដ្ឋាន តាមតារាងទី៤ សម្រាប់មេរោគអេដស៍ និងជំងឺឆ្លងផ្សេងៗទៀត (អាស្រ័យលើរបៀបនៃការប្រឈម)។ តារាងទី៤ កំណត់កាលវិភាគដែលបានណែនាំដើម្បីសាកល្បងសម្រាប់បុគ្គលដែលបានប្រើប្រាស់ PEP ។ តាមដានការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍នៅខែទីប្រាំមួយមិនត្រូវបានណែនាំឱ្យធ្វើទៀតទ្បើយ។ ការគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺប្រឈមដែលមានសញ្ញា និងរោគសញ្ញានៃការចាប់ផ្តើមការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គទៅនឹងមេរោគអេដស៍ (seroconverts) មិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលទ្បើយ។ រោគសញ្ញានៃការចាប់ផ្តើមការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គទៅនឹងមេរោគអេដស៍ (seroconversion) គួរត្រូវបានពន្យល់ដល់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដោយផ្តល់ដំបូន្មានដើម្បីបង្ហាញពីរោគសញ្ញាទាំងនេះ ឬរោគសញ្ញាណាមួយដែលកើតទ្បើង។

បុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវការបញ្ជូនទៅគ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារ(គ្លីនិកជំងឺកាមរោគ) សម្រាប់ថែទាំ និងព្យាបាលសមរម្យចំពោះជំងឺកាមរោគក្នុងករណីប្រឈមពីការរួមភេទ និងប្រសិនបើជនរងគ្រោះគឺជាស្រ្តីក្នុងវ័យបន្តពូជ គួរតែបញ្ជូនទៅរក សេវាផែនការគ្រួសារសម្រាប់ការពន្យារកំណើតបន្ទាន់) (សូមយោងទៅគោលការណ៍ណែនាំជាតិសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងអំពើហិង្សាប្រឆាំងស្រ្តីនិងកុមារនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលក្នុងឆ្នាំ២០១៤៖ ២.៤.៦.៣.៣ ការបង្ការជំងឺកាមរោគ ទំព័រ ២០ និង ២.៤.៦.៣.២ គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់បង្ការការមានផ្ទៃពោះនៅទំព័រ ២០-២១) ។

តារាងទី៤៖ ពេលវេលានៃមន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់ធ្វើតេស្តលើកដំបូងនិងលើកចុងក្រោយសម្រាប់ PEP

តេស្ត	តេស្តមូលដ្ឋាន (Baseline)	សប្តាហ៍ទី៦	ខែទី៣
ការពិនិត្យរកមេរោគអេដស៍	x	x	x
ការពិនិត្យរកមេរោគស្វាយ	x	x	x
ការពិនិត្យរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB	x		x
ការពិនិត្យរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC	x		x
ការធ្វើតេស្តការមានផ្ទៃពោះ	x	x	

៧. ការផ្តល់ឱ្យ PEP

PEP អាចរកបាននៅគ្លីនិកព្យាបាល ART ដែលឱសថ PEP ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយគ្រូពេទ្យ ART នៅក្នុងថ្ងៃនិងម៉ោងធ្វើការ។ ក្រៅពីថ្ងៃនិងម៉ោងធ្វើការ ឬថ្ងៃឈប់សម្រាក ឱសថសម្រាប់ PEP អាចរកបាននៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅតាមមន្ទីរពេទ្យដែលមានគ្លីនិកព្យាបាលស្ថិតនៅទីនោះ។ គ្រូពេទ្យនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលផ្តល់ PEP ឱ្យថ្នាំច្រើនបំផុតត្រឹមតែ ៤ ថ្ងៃ ហើយធ្វើការណាត់ជួបដល់អតិថិជន ដើម្បីមកជួបគ្រូពេទ្យ ART នៅគ្លីនិកព្យាបាល ART នៅថ្ងៃធ្វើការ។

៧.១ ពេលណាត្រូវផ្តល់ PEP

ការសម្រេចចិត្តក្នុងការផ្តល់ PEP ចាំបាច់ត្រូវធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើករណីនីមួយៗ។ ការផ្តល់ PEP នៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ ផ្តោតសំខាន់លើការប្រឈមពីការចម្លងមេរោគអេដស៍សម្រាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងជំពូកទី២ (តើនរណាដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន PEP ក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ ?) ។

៧.២ បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍

បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពដែលប្រឈមមុខក្នុងការប្រឈមចំពោះអាជីពការងារដោយមេរោគអេដស៍មានរួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះ៖

- បុគ្គលិកគិលានុបដ្ឋាយិកា
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់
- បុគ្គលិកផ្នែកសម្ភព
- គ្រូពេទ្យវះកាត់និងបុគ្គលិកផ្នែកវះកាត់
- អ្នកបច្ចេកទេសមន្ទីរពិសោធន៍
- គ្រូពេទ្យព្យាបាល
- អ្នកហាត់ការនិងនិស្សិតពេទ្យ
- ទន្តពេទ្យ
- បុគ្គលិកសម្អាតគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល បុគ្គលិកគ្រប់គ្រងទីកន្លែងរក្សាទុកសពបណ្តោះអាសន្ន និងអ្នកគ្រប់គ្រងកាកសំណល់ព្យាបាលនៅក្នុងទីតាំងថែទាំសុខភាព

ប្រសិនបើអ្នកជាប្រភពមិនអាចធ្វើតេស្តបានភ្លាមៗ បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពដែលបានប្រឈមត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ឱ្យ PEP ដោយមិនបាច់រង់ចាំលទ្ធផល ប្រសិនបើអ្នកជាប្រភពមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ពីការចម្លងមេរោគអេដស៍ (ក្នុងរយៈពេល ៤ ទៅ ៦ ម៉ោង)។

ប្រសិនបើប្រភពមិនអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណ ឬធ្វើតេស្តបាននៅពេលបន្ទាប់ បើប្រភពមានមេរោគអេដស៍វិជ្ជមានត្រូវតែស្វែងរកពីការសិក្សាលើរោគរាតត្បាត ឬព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលអាចរកបាន។ ការផ្តល់ឱ្យ PEP គួរត្រូវបានសម្រេចដោយផ្អែកតាមមូលដ្ឋានពីមួយករណីទៅមួយករណី ហើយត្រូវណែនាំដោយគ្រូពេទ្យដែលមានបទពិសោធន៍លើការងារអេដស៍ផ្តល់ការពិគ្រោះយោបល់ជានិច្ចនៅក្នុងស្ថានភាពនេះ។

ហានិភ័យបានកើតមានឡើងដោយការប្រឈមដែលកើតមាននៅក្នុងទីតាំងថែទាំសុខភាព មានរួមបញ្ចូលប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះចំណុចដូចខាងក្រោម៖

- ស្នាមមុខរបួសមុតជ្រៅដោយសារម្ជុលមានរន្ធប្រហោង
- រងរបួសដោយសារម្ជុលមុតបន្ទាប់ពីបានប្រើម្ជុលចាក់ស្រទាប់ក្រោមស្បែក ចាក់សាច់ដុំ ឬចាក់សរសៃ
- ការរងរបួសពីឧបករណ៍មុតស្រួចដែលអាចមើលឃើញដោយមានឈាម។
- ការរងការប៉ះពាល់រយៈពេលលើសពី ១ នាទី ឬការរងការប៉ះពាល់មានទំហំធ្ងៃធំ លើស្បែក ឬភ្នាស ដែលមិនដាច់លោតដោយឈាម ឬសារធាតុរាវដែលអាចចម្លង ឬវីរុសដែលប្រមូលផ្តុំនៅមន្ទីរពិសោធន៍។
- ការប្រឈមទៅនឹងឈាមរបស់អ្នកជំងឺក្នុងដំណាក់កាលជំងឺចុងក្រោយ ឬមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមខ្ពស់។

វាជាការសមហេតុផលដែរ ដែលជានិច្ចកាលការផ្តល់ឱ្យ PEP ដល់បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពដែលប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍ គួរឱ្យកត់សម្គាល់ជាមួយនឹងប្រភពដែលជាអ្នកមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទោះបីអ្នកដែលជាប្រភព មិនអាចរកឃើញបន្ទុកមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាមក៏ដោយ។

៧.៣ ការរាយការណ៍ពីការប្រឈម

នៅពេលដែលមានការប្រឈមកើតឡើងចំពោះបុគ្គលិកសុខាភិបាល នីតិវិធីនៃការគ្រប់គ្រងក្រោយប្រឈម ត្រូវកត់ត្រាទុកក្នុងទម្រង់កត់ត្រាដែលត្រូវបានរក្សាជាការសម្ងាត់របស់បុគ្គលដែលបានប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍ ដើម្បីងាយស្រួលក្នុងការតាមដាន និងថែទាំ។ ព័ត៌មានដែលត្រូវកត់ត្រាទុកនៅក្នុងរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្ងាត់របស់បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពគួររួមបញ្ចូល៖

- កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលានៃការប្រឈម
- ព័ត៌មានលម្អិតអំពីនីតិវិធីដែលកំពុងបានអនុវត្ត និងការប្រើឧបករណ៍ការពារនៅពេលប្រឈម
- ប្រភេទសភាពធ្ងន់ និងបរិមាណសារធាតុរាវដែលបុគ្គលិកសុខាភិបាលបានប្រឈម
- ព័ត៌មានលម្អិតអំពីបុគ្គលដែលបានប្រឈម
- ឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការគ្រប់គ្រងក្រោយការប្រឈម

៧.៤ ការគ្រប់គ្រងការប្រឈមសម្រាប់អ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល

PEP ត្រូវចាប់ផ្តើមក្នុងអំឡុងពេល ៧២ម៉ោង បន្ទាប់ពីការចាប់រំលោភ ប៉ុន្តែកាន់តែឆាប់គឺតែប្រសើរតាមដែលអាចធ្វើទៅបានបន្ទាប់ពីហេតុការណ៍ (ក្នុងរយៈពេល ៤ ទៅ ៦ ម៉ោង) ជាមួយជនរងគ្រោះណាដែលទទួលរងការរំលោភផ្លូវភេទដោយការរំលោភតាមទ្វារមាស តាមរន្ធគូទ ឬមាត់ ដោយប្រើលិង្គ ដែលមិនបានប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ឬការបាញ់ទឹកកាម ឬជាមួយជនរងគ្រោះផ្សេងទៀតដែលមិនចងចាំអំពីការរំលោភផ្លូវភេទ។ ក្នុងករណីមានរងរបួសលើរាងកាយដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត គ្រូពេទ្យ ART ចាំបាច់ត្រូវបញ្ជូនជនរងគ្រោះទៅសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ហើយ PEP នឹងត្រូវផ្តល់ឱ្យតាមក្រោយ ប៉ុន្តែត្រូវតែស្ថិតនៅក្នុងរយៈពេល ៧២ ម៉ោង។ ប្រសិនបើជនរងគ្រោះត្រូវបានស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់កោសល្យវិច័យ (Forensic) ដោយអាជ្ញាធរ ប៉ូលីស មេធាវី ដូចនេះត្រូវបញ្ជូនជនរងគ្រោះទៅគណកម្មាធិការកោសល្យវិច័យ នៃមន្ទីរពេទ្យដើម្បីធ្វើ

ការពិនិត្យ។ ក្រោយពេលដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP ជនរងគ្រោះគួរត្រូវបានផ្តល់ជូននិងបញ្ជូនទៅរកសេវាដែលសមស្រប មានសេវាផែនការគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ ការផ្តល់នូវវិធានការពន្យារកំណើតបន្ទាន់មួយ (ស្ត្រីក្នុងវ័យបន្តពូជ) គ្លីនិកសុខភាពគ្រួសារសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងសេវាផ្លូវចិត្ត ដើម្បីគាំទ្រខាងផ្លូវចិត្តដ៏ជាក់លាក់។

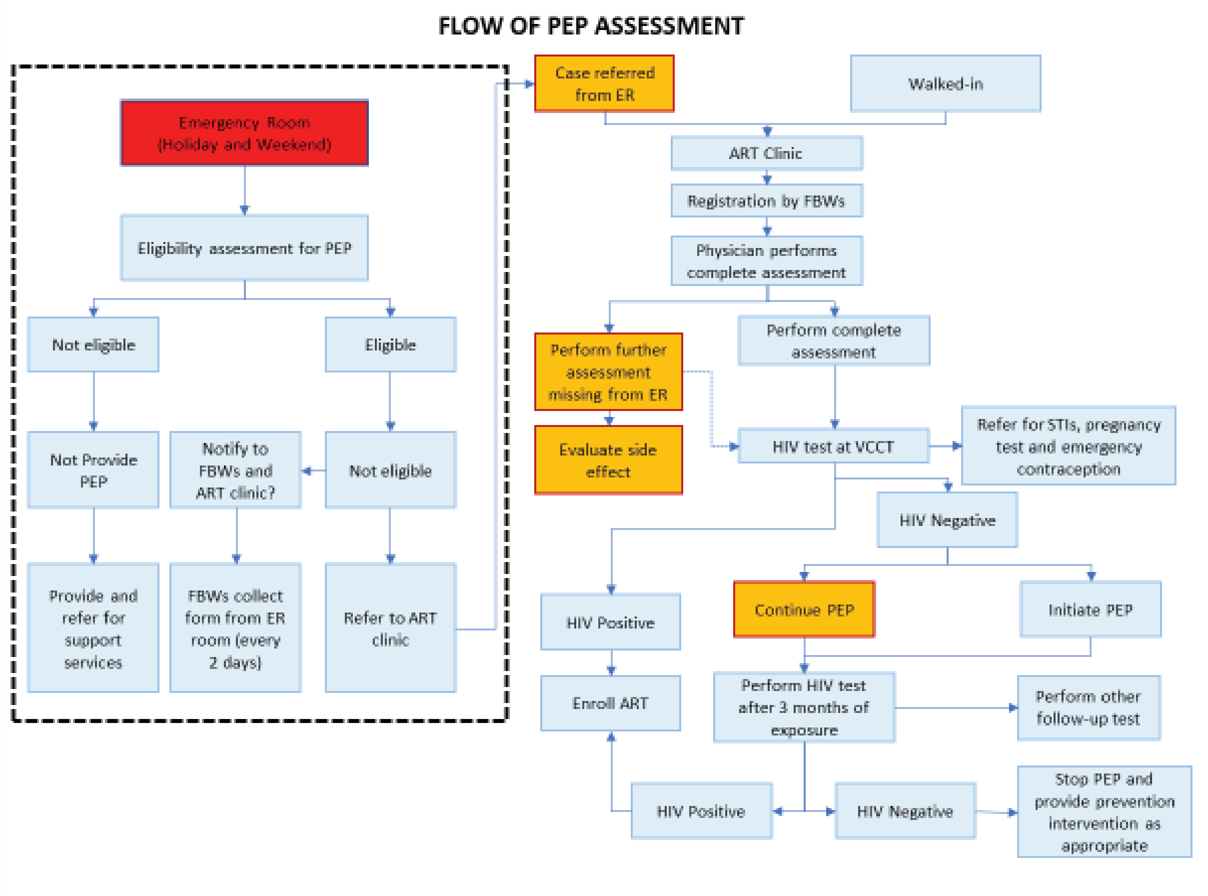
មានកត្តាចម្បងពីរដែលនាំឱ្យមានការប្រឈមមុខនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយការរំលោភផ្លូវភេទ៖
ក) ប្រឈមដោយជនល្មើសមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍
ខ) ហានិភ័យនៃការប្រឈមការឆ្លងមេរោគអេដស៍

តារាងទី៥៖ PEP ត្រូវណែនាំឱ្យអនុវត្តក្នុងស្ថានភាពដូចខាងក្រោម

ការប្រឈមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់	Yes
ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងរន្ធគូទ	X
ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងទ្វារមាស	X
ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងមាត់	X
ជនល្មើសដែលមានហានិភ័យខ្ពស់	
ដឹងថាជនល្មើសមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍	X
ដឹងថាជនល្មើសជាក្រុមប្រឈមមុខខ្ពស់	
- អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន	X
- បុរសរួមភេទជាមួយបុរស	X
- ទៅតាមតំបន់ដែលមានអត្រាឆ្លងខ្ពស់	X
មិនដឹងជនល្មើសជាជនប្រឈមមុខ៖ មិនដឹង ឬដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	**X**

ម្យ៉ាងវិញទៀត PEP មិនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ឬផ្តល់ការណែនាំ នៅពេលដែលគ្មានការប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ជាមួយប្រភេទនៃជនល្មើស៖

- គ្មានការស៊កលិង្គបញ្ចូលទៅក្នុងទ្វារមាស
- គ្មានការស៊កលិង្គបញ្ចូលទៅក្នុងរន្ធគូទ
- គ្មានការស៊កលិង្គបញ្ចូលទៅក្នុងមាត់


FLOW OF PEP ASSESSMENT
Emergency Room (Holiday and Weekend)
Eligibility assessment for PEP
Not eligible
Eligible
Not Provide PEP
Notify to FBWs and ART clinic?
Not eligible
Provide and refer for support services
FBWs collect form from ER room (every 2 days)
Refer to ART clinic
Case referred from ER
Walked-in
ART Clinic
Registration by FBWs
Physician performs complete assessment
Perform further assessment missing from ER
Perform complete assessment
Evaluate side effect
HIV test at VCCT
Refer for STIs, pregnancy test and emergency contraception
HIV Negative
HIV Positive
Continue PEP
Initiate PEP
Enroll ART
Perform HIV test after 3 months of exposure
Perform other follow-up test
HIV Positive
HIV Negative
Stop PEP and provide prevention intervention as appropriate

រូបភាពទី១៖ សង្ខេបពីរបៀបនៃការថែទាំអ្នកដែលប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍

ការវាយតម្លៃ

- ការវាយតម្លៃហានិភ័យនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍
- ការវាយតម្លៃលើការព្យាបាលការប្រឈម
- ការវាយតម្លៃសិទ្ធិទទួលបានការលេបថ្នាំបង្ការក្រោយប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍
- ការវាយតម្លៃមន្ទីរពិសោធន៍៖ ជនរងគ្រោះដោយមេរោគអេដស៍ និងប្រភព ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន
- ការផ្តល់ការព្យាបាលបឋមក្នុងករណីដាច់រលាត់ស្បែកឬមានរបួសផ្សេងទៀត

ការប្រឹក្សា និងការគាំទ្រ

- ហានិភ័យនៃមេរោគអេដស៍
- ហានិភ័យនិងផលប្រយោជន៍នៃការលេបថ្នាំបង្ការក្រោយប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍
- ផលរំខានរបស់ឱសថ
- លើកកម្ពស់ការផ្តល់ការប្រឹក្សាការលេបថ្នាំឱ្យបានខ្ជាប់ខ្ជួន និងទៀងទាត់ ប្រសិនបើការព្យាបាលដោយការលេបថ្នាំបង្ការក្រោយប្រឈមដោយមេរោគអេដស៍
- ផ្តល់ការគាំទ្រជាក់លាក់ និងបញ្ជូនទៅសេវាដែលចាំបាច់ផ្សេងទៀតក្នុងករណីមានការរំលោភផ្លូវភេទ

ការព្យាបាល

- ការលេបថ្នាំបង្ការក្រោយប្រឈមគួរត្រូវបានផ្តល់ឱ្យបានឆាប់រហ័សតាមដែលអាចធ្វើទៅបានបន្ទាប់ពីប្រឈម (ក្នុងរយៈពេលពី ៤ ទៅ ៦ ម៉ោង)
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលសមស្របត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើក្នុងរយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ
- ព័ត៌មានអំពីឱសថ
- ការវាយតម្លៃចំពោះជំងឺខ្សោយបេះដូង និងលទ្ធភាពអន្តរកម្មរវាងឱសថ និងឱសថ។

ការតាមដាន

- ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍៣ខែក្រោយ បន្ទាប់ពីប្រឈម
- ភ្ជាប់ទៅនឹងការព្យាបាលមេរោគអេដស៍ប្រសិនបើចាំបាច់
- ផ្តល់កិច្ចអន្តរាគមន៍ផ្នែកបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយសមស្រប។

៧.៥ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់ PEP

ផលរំខានដែលបណ្ដាលមកពីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឥទ្ធិពលស្ដីពីការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ត្រូវបានទទួលស្គាល់យ៉ាងច្បាស់។ ជម្រើសឱសថត្រូវបានកំណត់ដោយៈ មានសុវត្ថិភាព មានភាពងាយធន់ទ្រាំ ភាពងាយស្រួលនៃការលេប ប្រភេទស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងតំបន់ដែលគេឆ្លង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់បុគ្គលដែលប្រឈម។ នៅពេលបានដឹងព័ត៌មាននៃប្រភព ទាក់ទងនឹងប្រវត្តិការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លទ្ធផលការធ្វើតេស្តរកភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍កន្លងមក ក៏អាចកំណត់អំពីជម្រើសនៃឱសថសម្រាប់ PEP ផងដែរ។ ឥឡូវនេះយើងមានឱសថសម្រាប់ PEP ដែលងាយធន់ទ្រាំយ៉ាងប្រសើរ មានផលរំខានតិចតួច អន្តរកម្មរវាងឱសថនិងឱសថតិចតួច ចំនួនដងនៃការលេបថ្នាំ និងចំនួនគ្រាប់ថ្នាំតិចតួច។ គ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវជូនដំណឹងដល់អ្នកជំងឺដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ PEP អំពី វិធីដូចខាងក្រោមៈ

- PEP ផ្តល់នូវការការពារកម្រិតខ្ពស់ ប៉ុន្តែមិនអាចបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍បាន១០០% ទេ
- ការលេបថ្នាំ ត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺជាការចាំបាច់
- ផលប៉ះពាល់ជាអវិជ្ជមាននៃការព្យាបាល និងផលរំខាននៃឱសថដែលអាចកើតមានឡើង
- វិធានការណ៍នៃការ ការពារពីការប្រឈមម្ដងទៀត
- តាមដានការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍
- សញ្ញា និងរោគសញ្ញា នៃការចាប់ផ្ដើមឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គទៅនឹងមេរោគអេដស៍ (seroconversion)

PEP ជាទូទៅមិនត្រូវផ្ដល់ឱ្យក្រោយរយៈពេល ៧២ ម៉ោងឡើយ ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានពិចារណាលើមូលដ្ឋាននៃករណីមួយទៅករណីមួយ ដោយពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស។ ការរួសរាន់ក្នុងការចាប់ផ្ដើម PEP បានឆាប់នឹងមានឱកាសខ្ពស់ក្នុងការមិនឆ្លងមេរោគអេដស៍។

PEP មានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចំនួនបីមុខៈ 2 NRTI + Integrase Inhibitor drug regimens ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការព្យាបាលជាស្តង់ដារ។ ក្នុងករណីដែលគ្មាន integrase Inhibitor (Dolutegravir) ទេ ជម្រើសទីពីរ គឺឱសថ 2NRTI + PI ។ PEP ត្រូវតែចាប់ផ្ដើមឱ្យបានឆាប់បំផុតដែលអាចធ្វើទៅបាន (ក្នុងរយៈពេលពី ៤ ទៅ ៦ ម៉ោង) និងបន្តលេបជារៀងរាល់ថ្ងៃ មានរយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ ក្រោយពេលប្រឈម។

៧.៥.១ ឱសថ PEP សម្រាប់មនុស្សវ័យជំទង់និងមនុស្សពេញវ័យ

ជម្រើសស្តង់ដារសម្រាប់ឱសថ PEP៖

TDF (300 mg) + 3TC (150 mg) + DTG (50 mg) មួយថ្ងៃម្តងជារៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ

ជម្រើសឱសថ PEP ផ្សេងទៀត

TDF (300 mg) + 3TC (150 mg) + ATV/r (300 mg/100 mg) មួយថ្ងៃម្តងជារៀងរាល់ថ្ងៃរយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ

៧.៥.២ ឱសថ PEP សម្រាប់កុមារនិងយុវវ័យ

អាយុ	ឱសថដែលមានភាពប្រសើរសម្រាប់ការព្យាបាល	រយៈពេល
កុមារអាយុ<១០ឆ្នាំ ឬ ទម្ងន់<៣៥ គ.ក្រ	ABC or AZT + 3TC + LPV/r*	២៨ ថ្ងៃ
មនុស្សវ័យជំទង់អាយុ ≥១០ឆ្នាំ និង ទម្ងន់ ≥៣៥ គ.ក្រ	TDF + 3TC + DTG or ABC or AZT + 3TC + ATV/r or LPV/r*	២៨ ថ្ងៃ

*EFV អាចត្រូវបានប្រើជាជម្រើសជំនួស Protease Inhibitor តែគួរមានមូលហេតុ ក្នុងករណីថ្នាំនេះមិនអាចផ្តល់ជូនបាន។

ចំណាំ៖

- ប្រសិនបើឱសថជួរទីបីមិនមាន ឬមិនអាចប្រើបាន នោះឱសថពីរមុខនៃក្រុម NRTI អាចទទួលយកដើម្បីផ្តល់ឱ្យបានចំពោះអ្នកប្រឈម ដែលមិនមែនពីប្រភពដែលដឹងថាមានការសង្ស័យបរាជ័យនឹងការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា (cART) ។
- Efavirenz (EFV) អាចជាភ្នាក់ងារទី៣ នៃ PEP ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ វាមិនមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងតំបន់ដែលត្រូវបានឆ្លងដែលមានភាពស៊ាំទៅនឹងក្រុម NNRTI ឡើយ ហើយផលរំខានភ្លាមៗទៅលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (CNS) ប្រហែលជាពិបាកចំពោះអ្នកដែលមានការថប់បារម្ភទាក់ទងនឹងការប្រឈមថ្មីៗនេះ។

៧.៦ តាមទ្រឹស្តីហានិភ័យ ការរើឡើងនៃការរលាកថ្លើម (Hepatic flare) ក្នុងចំណោមអ្នកដែលមានមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV)

នៅពេលដែលប្រើប្រាស់ TDF + 3TC សម្រាប់ PEP ជាមូលដ្ឋានត្រូវបានបញ្ឈប់ ដូចដែលគេបានឃើញដែរចំពោះអ្នកដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ការវាយតម្លៃនៃការរលាកថ្លើមប្រភេទ B មិនមែនជាលក្ខខណ្ឌដំបូងក្នុងការផ្តល់ TDF + 3TC ជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ PEP នោះទេ ប៉ុន្តែអ្នកដែលបានដឹងថាមានមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B គួរត្រូវបានពិនិត្យតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិកចំពោះការរើឡើងនៃការរលាកថ្លើម បន្ទាប់ពីឈប់ប្រើ TDF + 3TC ជាមូលដ្ឋាន សម្រាប់សេវា PEP។

៧.៧ ការគ្រប់គ្រងបន្ទាន់ដល់បុគ្គលដែលប្រឈមត្រូវបានគេដឹង ឬសង្ស័យថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- មិនត្រូវយកទឹកថ្នាំសម្រាប់បាញ់លាងទ្វារមាសមកលាងទ្វារមាស ឬរន្ធគូទបន្ទាប់ពីប្រឈមដោយការរួមភេទ
- ក្រោយប្រឈមដោយការរួមភេទតាមមាត់ ត្រូវស្តោះសារធាតុរាវ ឬឈាមចេញហើយលាងសម្អាតមាត់ជាមួយទឹក
- លាងសម្អាតរបួសនិងស្បែកដែលប៉ះពាល់ជាមួយឈាម ឬសារធាតុរាវរាងកាយជាមួយសាប៊ូ និងទឹក
- ចូលស្រទាប់ភ្នាស និងភ្នែក (ដោះកញ្ចក់ការពារកែវភ្នែក) ដោយប្រើទឹក ឬទឹកសេរ៉ូមប្រៃ
- កុំចាក់ថ្នាំសម្លាប់មេរោគ ឬថ្នាំបំបាត់មេរោគចូលទៅក្នុងកន្លែងមានរបួស

៧.៨ ផលរំខានបណ្តាលពីឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV side effects)

នៅក្នុងការអនុវត្តជាក់ស្តែង និងពីការស្រាវជ្រាវទៅលើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព គេសង្កេតឃើញថា អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពជាច្រើនមិនបានបញ្ចប់វគ្គឱ្យបានពេញលេញសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ PEP ដោយសារតែផលរំខានរបស់ឱសថ។ ផលរំខានអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយដោយការផ្តល់ឱ្យ ដែលមិនរាប់បញ្ចូលនូវឱសថ protease inhibitor (PI) ដោយផ្តល់ឱសថដើម្បីទប់ស្កាត់ការក្អួតចង្អោរ និងរលាកក្រពះ ហើយផ្តល់ការអប់រំដល់អតិថិជនអំពីវិធីកាត់ បន្ថយផលរំខាននៃឱសថ ឧទាហរណ៍ ការលេបឱសថសម្រាប់ PEP ជាមួយអាហារ។ វាមានសារៈសំខាន់ដែលត្រូវពន្យល់ពីផលរំខាននៃឱសថមុនពេលចាប់ផ្តើម PEP ដូច្នេះរោគសញ្ញាមិនត្រូវបានច្រឡំជាមួយរោគសញ្ញានៃការចាប់ផ្តើមឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធការពារសរីរាង្គទៅនឹងមេរោគអេដស៍ (seroconversion) ទេ។ តារាងទី៦ខាងក្រោមផ្តល់ការណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងផលរំខាននៃឱសថជាទូទៅសម្រាប់ PEP ។

តារាងទី៦៖ ការគ្រប់គ្រងផលរំខានតិចតួចនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

សញ្ញាឬរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល
ក្អួតចង្អោរ	លេបជាមួយអាហារ សូមប្រាកដថា ជាធម្មតាវានឹងបាត់ទៅវិញដោយខ្លួនឯង។ ព្យាបាលទៅតាមរោគសញ្ញា។
ឈឺក្បាល	ឱ្យថ្នាំប៉ារ៉ាសេតាម៉ុល។ ប្រសិនបើប្រើ EFV សូមប្រាកដថា នេះជាការធម្មតាហើយជាទូទៅត្រូវបាត់ទៅវិញដោយឯកឯង។ ប្រសិនបើអាការឈឺក្បាលមានរយៈពេលលើសពី ២សប្តាហ៍ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ដើម្បីសុំដំបូន្មាន ឬធ្វើការបញ្ជូន។
រាគរូស	បង្គ្រប់ជាតិទឹក។ អនុវត្តតាមគោលការណែនាំស្តីពីជំងឺរាគរូស។ ធានាដល់អ្នកជំងឺថា ប្រសិនបើក្នុងអំឡុងពេលប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ វានឹងប្រសើរឡើងនៅប៉ុន្មានសប្តាហ៍ខាងមុខ។ តាមដានក្នុងរយៈពេល ២ សប្តាហ៍។ ប្រសិនបើវាមិនមានភាពប្រសើរឡើងទេ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ដើម្បីសុំដំបូន្មាន ឬធ្វើការបញ្ជូន។
អស់កម្លាំង	ជាធម្មតាវាមានរយៈពេលពី ៤ ទៅ ៦ សប្តាហ៍។ សូមសុំច្បាប់ឈប់សម្រាកពីការងារមួយរយៈ។ ប្រសិនបើធ្ងន់ ឬយូរជាងនេះសូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ដើម្បីសុំដំបូន្មាន ឬធ្វើការបញ្ជូន។
ផលរំខានរបស់ CNS៖ ការថប់បារម្ភ សុបិន្តអាក្រក់ ភាពតប់ប្រមល់ក្នុងចិត្ត ធ្លាក់ទឹកចិត្ត	នេះអាចដោយសារតែ EFV។ លេប EFV នៅពេលយប់មុនពេលគេង, ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការគាំទ្រ (ជាធម្មតាមានរយៈពេលតិចជាង៣សប្តាហ៍)។ គ្រប់គ្រងពេលវេលាពិបាកដំបូងអាចត្រូវប្រើ Amitriptyline នៅពេលចូលគេង។ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ដើម្បីសុំដំបូន្មាន ឬ ធ្វើការបញ្ជូន ប្រសិនមានការធ្លាក់ទឹកចិត្តធ្ងន់ ឬចង់មានទំនោរធ្វើអត្តឃាតឬមានភាពតប់ប្រមល់ក្នុងចិត្ត (បញ្ឈប់ EFV)។
កន្ទួលរមាស់	ប្រសិនបើនៅប្រើ EFV សូមតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់។ តើកន្ទួលលើស្បែកស្ងួតឬសើម ? សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដើម្បីសុំដំបូន្មាន។
គ្រុនក្តៅ	វាយតម្លៃលើសញ្ញាគ្លីនិកសម្រាប់ជំងឺរលាកថ្លើម សូមមើលថាតើនេះជាសញ្ញាគ្លីនិកនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង (ស្រួចស្រាវ) ឬការឆ្លងរោគផ្សេងទៀតដែលមិនទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ ឧទាហរណ៍ ជំងឺផ្តាសាយស្របពេលជាមួយគ្នា។ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដើម្បីសុំដំបូន្មាន ឬធ្វើការបញ្ជូន។

សញ្ញាឬរោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងនៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល
ជំងឺខាន់លឿង ឬឈឺក្នុងពោះឬកណ្ដៀតក្អួម	បញ្ឈប់ឱសថ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្ដល់សេវាដើម្បីសុំដំបូន្មាន ឬធ្វើការបញ្ជូន ប្រសិនបើកើតមានជំងឺខាន់លឿង ឬមានសភាពឈឺថ្លើមពេលប៉ះ ឬគោះ សូមបញ្ជូន ដើម្បីធ្វើតេស្តមើលមុខងារថ្លើម (ALT) ហើយបញ្ឈប់ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្ដល់សេវាដើម្បីសុំដំបូន្មាន ឬធ្វើការបញ្ជូន។

សូមមើលព័ត៌មានលម្អិតស្ដីពីការត្រួតពិនិត្យ និងការជំនួសសម្រាប់ការពុលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៃគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពីការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងវ័យជំទង់ (ការកែតម្រូវឡើងវិញលើកទី៤ នៅឆ្នាំ ២០១៥) ជំពូកទី១០ ទំព័រ ៥៧ ដល់ ៦២។

៨. របាយការណ៍

ការផ្តល់ជូនសម្រាប់ PEP និងការតាមដានត្រូវតែរាយការណ៍ និងចងក្រងជាឯកសារ។ មានទម្រង់បែបបទដាច់ដោយឡែកពីគ្នាសម្រាប់ការប្រឈមចំពោះអ្នកជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល។

- ទម្រង់ព័ត៌មានអំពីការប្រឈមចំពោះបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាលដូចមានរៀបរាប់ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី២
- ទម្រង់របាយការណ៍អំពីការប្រឈមចំពោះបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាលដូចមានរៀបរាប់ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៣

៨.១ សូចនាករសម្រាប់ PEP

១. ចំនួន(%) នៃអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យPEP (Number (%) of clients have PEP prescribed)	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទៅកាន់គ្លីនិក ART ក្នុងគោលបំណង ដើម្បីទទួលយក PEP ត្រូវតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ PEP ហើយបានទទួល PEP ដោយចែកចំនួនសរុបនៃអតិថិជនដែលបានទៅគ្លីនិក ART សម្រាប់គោលបំណង PEP គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងនូវទំហំនៃសក្តានុពលប្រឈមដោយការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមអ្នកជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល។
វិធីសាស្ត្រវាស់វែង	រាប់ចំនួនអតិថិជនដែលស្វែងរក PEP នៅគ្លីនិក ART បន្ទាប់មកគណនាជាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងដូចខាងក្រោម។
ភាពញឹកញាប់	ប្រចាំខែ
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានរាយការណ៍ក្នុងខែ។
ភាគបែង	ចំនួនអតិថិជនសរុបដែលកំពុងស្វែងរក PEP ហើយត្រូវទៅតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ PEP បានរាយការណ៍ក្នុងខែ។
ការបែងចែក	តាមអ្នកជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល
ប្រភពទិន្នន័យ	ទម្រង់របាយការណ៍ PEP នៅ ART គ្លីនិក ។
បំណកស្រាយ	ចំនួនភាគរយខ្ពស់នៃអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាលប្រើ PEP អាចឆ្លុះបញ្ចាំងពីអាកប្បកិរិយាប្រឈមខ្ពស់ក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍បន្តក្នុងចំណោមសាធារណៈជន។ ចំនួនភាគរយខ្ពស់នៃអ្នកជាបុគ្គលិកសុខាភិបាលប្រើ PEP អាចឆ្លុះបញ្ចាំងពីតម្រូវការក្នុងការពង្រឹងវិធានការគ្រប់គ្រងការចម្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមបុគ្គលិកដែលមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល។

២. ចំនួន (%) នៃអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដាននៅថ្ងៃទី៥ (**Number (%) of clients who have been prescribed PEP returned for follow-up visit at day fifth**)	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP ហើយបានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដាននៅថ្ងៃទី៥ ដោយចែកចំនួនសរុបនៃអតិថិជនដែលបានព្យាបាលដោយ PEP នៅគ្លីនិក ART គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងអត្រាតាមដាននិងការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ សម្រាប់ PEP របស់អតិថិជនក្នុងរយៈពេលខ្លី។ អន្តរាគមន៍សមស្របត្រូវការធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងអំឡុងពេលមកពិនិត្យតាមដាន។
វិធីសាស្ត្រវាស់វែង	រាប់ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP នៅគ្លីនិក ART បន្ទាប់មកគណនាជាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងដូចខាងក្រោម។
ភាពញឹកញាប់	ប្រចាំខែ
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដាននៅថ្ងៃទី៥ (ឬកាលបរិច្ឆេទណាត់ជួប) បានរាយការណ៍ក្នុងខែ។
ភាគបែង	ចំនួនអតិថិជនសរុបដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានរាយការណ៍ក្នុងខែ។
ការបែងចែក	អ្នកជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទម្រង់របាយការណ៍ PEP នៅគ្លីនិក ART ។
បំណកស្រាយ	ការសម្រេចចិត្តសមស្របយោងលើលទ្ធផលនៅក្នុងដំណើរការពិនិត្យតាមដាន។

៣. ចំនួន (%) នៃអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីទិន្នន័យបានពិនិត្យលើកទី១ (**Number (%) of clients who have been prescribed PEP returned for follow-up visit 3 months after the first visit data**)	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រឡប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ ក្រោយកាលបរិច្ឆេទមកពិនិត្យលើកដំបូង ដោយចែកចំនួនសរុបនៃអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP ក្នុងអំឡុងពេល៣ខែចុងក្រោយ គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងអត្រាតាមដាននិងលទ្ធផល PEP របស់អតិថិជន។ អន្តរាគមន៍សមស្របត្រូវធ្វើក្នុងអំឡុងពេលនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាន។
វិធីសាស្ត្រវាស់វែង	រាប់ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP នៅគ្លីនិក ART បន្ទាប់មកគណនាជាភាគរយដោយប្រើភាគយក និងភាគបែងខាងក្រោម។
ភាពញឹកញាប់	ប្រចាំខែ
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដាន រយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកដំបូង (ឬកាលបរិច្ឆេទណាត់ជួប) បានរាយការណ៍ក្នុងខែ។
ភាគបែង	ចំនួនអតិថិជនសរុបដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP ក្នុងរយៈពេល៣ខែចុងក្រោយ។

៣. ចំនួន (%) នៃអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីទិន្នន័យបានពិនិត្យលើកទី១ (Number (%) of clients who have been prescribed PEP returned for follow-up visit 3 months after the first visit data)	
ការបែងចែក	តាមអ្នកជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទម្រង់របាយការណ៍ PEP នៅគ្លីនិក ART ។
បំណកស្រាយ	ការសម្រេចចិត្តសមស្របយោងលើលទ្ធផលនៅក្នុងដំណើរការពិនិត្យតាមដាន។

៤. ចំនួន (%) នៃអតិថិជនដែលមានតេស្តវិជ្ជមាននៅពេលមកពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមកពិនិត្យលើកទី១។ (Number (%) of clients have HIV test positive at follow-up visit 3 months after the first visit date)	
និយមន័យ	ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រឡប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមកពិនិត្យលើកទី១ ហើយមានតេស្តវិជ្ជមាន ដោយចែកចំនួនសរុបនៃអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP ហើយបានត្រលប់មកវិញ ដើម្បីពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមកពិនិត្យលើកទី១ គុណនឹង១០០។
គោលបំណង	ដើម្បីវាស់វែងអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ PEP។ អន្តរាគមន៍សមស្របត្រូវធ្វើក្នុងអំឡុងពេលនៃការត្រួតពិនិត្យតាមដាន។
វិធីសាស្ត្រវាស់វែង	រាប់ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP នៅគ្លីនិក ART បន្ទាប់មកគណនាជាភាគរយដោយប្រើភាគយកនិងភាគបែងខាងក្រោម។
ភាពញឹកញាប់	ប្រចាំខែ
ភាគយក	ចំនួនអតិថិជនដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP បានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកដំបូង ហើយមានតេស្តវិជ្ជមាន បានរាយការណ៍ក្នុងខែ។
ភាគបែង	ចំនួនអតិថិជនសរុបដែលបានផ្តល់ឱ្យ PEP ហើយបានត្រលប់មកវិញដើម្បីពិនិត្យតាមដានក្នុងរយៈពេល៣ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកទី១ បានរាយការណ៍ក្នុងខែ។
ការបែងចែក	តាមអ្នកជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកមិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល ។
ប្រភពទិន្នន័យ	ទម្រង់របាយការណ៍ PEP នៅ ART គ្លីនិក ។
បំណកស្រាយ	ការសម្រេចចិត្តសមស្របត្រូវស្របតាមលទ្ធផលនៅក្នុងដំណើរការពិនិត្យតាមដានរយៈពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទពិនិត្យលើកដំបូង។

៩. ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី១៖ វិធីថែទាំលម្អិតចំពោះអ្នកប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍

១. ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងភ្លាមៗ

- សង្គ្រោះបឋម
  - ការប្រឈមដោយការរួមភេទតាមមាត់៖ ស្ដោះសារធាតុរាវ/ឈាមចេញហើយលាងសម្អាតមាត់ជាមួយទឹក។
  - ការរងរបួស៖ លាងសម្អាតមុខរបួស/កន្លែងស្បែកដែលមានប្រឡាក់ឈាម/សារធាតុរាវក្នុងខ្លួន។
  - ភ្នាសជាលិកា និងភ្នែក៖ យកទឹកស្រោចលាង/ទឹកសេរ៉ូមប្រៃ (ដោះកញ្ចក់ការពារកែវភ្នែក)។
  - កុំចាក់ថ្នាំសម្លាប់មេរោគ ឬថ្នាំកំចាត់មេរោគចូលកន្លែងដែលមានរបួស។
  - មិនត្រូវយកទឹកថ្នាំសម្រាប់បាញ់លាងទ្វារមាស លាងទ្វារមាស ឬរន្ធគូទក្រោយប្រឈមដោយការរួមភេទ។
- ការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍លើជនប្រឈម និងអ្នកជាប្រភព (ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន)
  - មិនត្រូវពន្យារពេលក្នុងការចាប់ផ្ដើម PEP ដោយសារតែរង់ចាំការធ្វើតេស្ត PEP អាចចាប់ផ្ដើម និងបញ្ឈប់បាន ប្រសិនបើអ្នកជាប្រភពត្រូវបានរកឃើញថាគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬក៏បុគ្គលប្រឈមត្រូវបានរកឃើញថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍។
- វាយតម្លៃហានិភ័យនិងភាពសមស្របសម្រាប់ PEP ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពនៃការប្រឈម និងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់ប្រភព

២. ផ្ដល់ប្រឹក្សាពីការប្រឈមឡើងវិញ និងជម្រើសការប្រើ PEP ឡើងវិញ

- ពន្យល់ពីហានិភ័យនៃការចម្លងដែលបានប៉ាន់ប្រមាណ (សូមមើលព័ត៌មានខាងលើ)
- ពន្យល់ពីហានិភ័យនិងអត្ថប្រយោជន៍របស់ PEP៖
  - PEP កាត់បន្ថយការចម្លងបានយ៉ាងខ្លាំង ប៉ុន្តែមិនបំបាត់ការប្រឈមនៃការចម្លងបានទេ
  - PEP ត្រូវបន្តប្រើរយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ
  - ផលរំខាននៃឱសថឆាំងមេរោគអេដស៍របស់ PEP
- ទទួលបានការព្រមព្រៀងដោយផ្ទាល់មាត់ដើម្បីចាប់ផ្ដើមប្រើប្រាស់ PEP

▼

៣. ចាប់ផ្ដើម PEP ត្រូវឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន បន្ទាប់ពីប្រឈម លេបដូសឱសថដំបូងឥឡូវនេះ!

- ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថ PEP ដែលប្រើដំណាលគ្នាជាមួយឱសថផ្សេងទៀត ។
- ផ្ដល់ប្រឹក្សាពីការប្រើប្រាស់ឱសថត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងព័ត៌មានអំពីឱសថ ។
- មិនត្រូវពន្យារពេលសម្រាប់ការផ្ដល់ PEP ខណៈដែលកំពុងប្រមូលព័ត៌មាន ឬកំពុងបំពេញព័ត៌មានលើក្រដាសស្នាម

៣. ចាប់ផ្តើម PEP ត្រូវឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន បន្ទាប់ពីប្រឈម លេបដូសឱសថដំបូងឥឡូវនេះ!

- ស្ត្រីត្រូវបានផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ PEP ថានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ទារកប្រសិនបើពួកគេមានផ្ទៃពោះ។
  - រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដា ARV សម្រាប់ PEP៖ យោងទៅលើឱសថប្រើសម្រាប់កុមារ ក្មេងជំទង់ និងមនុស្សពេញវ័យមានភាពខុសគ្នា
  - លេបដូស (dose) ដំបូងភ្លាម
  - ចាប់ផ្តើមដោយការផ្តល់ឱសថរយៈពេល ៤ថ្ងៃ ហើយត្រលប់មកវិញដើម្បីទទួលឱសថសម្រាប់រយៈពេល ២៤ ថ្ងៃទៀត ដើម្បីបង្គ្រប់ ២៨ ថ្ងៃ។

៤. វាយតម្លៃនិងផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតបន្ទាន់ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគក្នុងបរិបទនៃការប្រឈមពីការរួមភេទ (យោងទៅលើគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគតាមការរួមភេទនិងប្រដាប់បន្តពូជឆ្នាំ២០១៩ ម៉ូឌុលទី៦៖ ការបង្ការនិងថែទាំព្យាបាលការបង្ករោគតាមការរួមភេទ ជំពូកទី៧៖ ការរំលោភផ្លូវភេទ និងការបង្ករោគតាមការរួមភេទ និងប្រដាប់បន្តពូជ ទំព័រ ២៨៣) ។

- ការព្យាបាល STI ដោយសន្មតប្រើឱសថ Azithromycin 1g និង Cefixime 400mg ។
- ការពន្យារកំណើតបន្ទាន់ និងការធ្វើតេស្តជាមូលដ្ឋាន + ធ្វើតេស្តតាមដានការមានផ្ទៃពោះ។

៥. វាយតម្លៃការប្រឈមចំពោះការឆ្លងផ្សេងៗទៀត

- HBV៖ មានហានិភ័យខ្ពស់តាមរយៈការចាក់ដោយម្ជុល និងប្រឈមតាមការរួមភេទ។ តេស្តអ្នកជាប្រភពដើម្បីពិនិត្យមើល HBsAg និង eAg ប្រសិនបើមាន sAg+។
- HCV៖ មានហានិភ័យខ្ពស់តាមរយៈការចាក់ដោយម្ជុល និងប្រសិនបើមានការរួមភេទដែលដាច់រលាត់តាមគូទ និងទ្វារមាស។ តេស្តអ្នកជាប្រភពសម្រាប់ HCV
- ជំងឺតេតាណូស៖ - បុគ្គលដែលមានរបួស (ទិច/ខាំ មានស្នាមរលាត់ឬស្នាមមុត) គួរមានការវាយតម្លៃពីជំងឺតេតាណូស និងត្រូវចាក់ថ្នាំបង្ការប្រសិនបើរកឃើញ។
- រោគស្វាយ៖ ស្រាវជ្រាវអ្នកជាប្រភពប្រសិនបើអាចធ្វើបាន។

៦. ពន្យល់ពីតម្រូវការចាំបាច់សម្រាប់ការបង្ការបន្ទាប់បន្សំ (secondary prophylaxis)

- ត្រូវចាត់វិធានការដើម្បីជៀសវាងការចម្លងលើកទី២ (secondary transmission) ពីលទ្ធភាពនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ពិនិត្យមើលតេស្តមេរោគអេដស៍ (HIV Ab) ក្នុងរយៈពេល ៣ ខែ។
- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាបឋមនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍កើតមានភ្លាមៗ
- ប្រើស្រោមអនាម័យ អនុវត្តការចាក់ថ្នាំដោយសុវត្ថិភាព ហើយជៀសវាងការបរិច្ចាគឈាម។ ការប្រឈម និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការបន្តបំបៅកូនដោយទឹកដោះគួរត្រូវបានពិភាក្សា។

៧. ផ្តល់ឱ្យ ឬធ្វើការបញ្ជូនសម្រាប់ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទសម្រាប់ការគាំទ្រខាងចិត្តសាស្ត្រជាក់លាក់

- សូមមើលផងដែរនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីជំងឺកាមរោគ (STI) ឆ្នាំ ២០១៩ ដែលគ្រប់គ្រងលម្អិតអំពីការរំលោភផ្លូវភេទ

៨. ឯកសារពេញលេញ

- ឧបសម្ព័ន្ធទី២ សម្រាប់ទម្រង់ប្រមូលទិន្នន័យ និងឧបសម្ព័ន្ធទី៣ សម្រាប់ទម្រង់របាយការណ៍

៩. ធ្វើការតាមដានសម្រាប់ PEP

- វិលត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញក្នុងរយៈពេល ៤ ថ្ងៃ ដើម្បីវាយតម្លៃការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងភាពអាចទទួលយកបាន ហើយពិនិត្យមើលថាលទ្ធផលទាំងអស់អាចរកបាន ហើយថា PEP នៅតែត្រូវការចាំបាច់។
- ប្រសិនបើប្រភពត្រូវបានរកឃើញថាគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ការលេបថ្នាំបង្ការក្រោយរងការប្រឈមគួរត្រូវបានបញ្ឈប់។
- ផ្តល់ឱ្យបន្ត២៤ថ្ងៃទៀត។

១០. តាមដានការធ្វើតេស្ត

- ធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ក្នុងអំឡុងពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីប្រឈម ឬធ្វើភ្លាមៗ ប្រសិនបើមានសញ្ញានៃការចម្លងមេរោគបឋម
- ធ្វើតេស្តរោគស្វាយ ក្នុងអំឡុងពេល ៣ ខែ បន្ទាប់ពីមានការរំលោភផ្លូវភេទ។ សន្មតថាប្រភព និងអ្នកជំងឺត្រូវបានធ្វើតេស្តនៅពេលការវាយតម្លៃ។
- ធ្វើតេស្តសម្រាប់ HBV, HCV ក្នុងអំឡុងពេល ៦ ខែ បន្ទាប់ពីរងការប្រឈម។

ឧបសម្ព័ន្ធទី២៖ ទម្រង់ប្រមូលទិន្នន័យ

លម្អិតអំពីគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ______________ ☐ ER ☐ ART clinic, លេខកូដ ទីតាំង ☐☐☐☐
☐ បញ្ជូនពី ☐ មកដោយខ្លួន

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ (DD-MM-YYYY): _____/______ / ______
សេចក្តីលម្អិតអំពីប្រជាសាស្ត្រនៃបុគ្គលដែលប្រឈម
នាមត្រកូល: ____________នាមខ្លួន: ___________ ○ប្រុស ○ស្រី ○បំប្លែងភេទជាស្ត្រី
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (DD/MM/YYYY) _____ /______ / ______ UUIC: ___________________
លេខទូរសព្ទ: ______________
តើគាត់គឺជាសមាជិកនៃប្រជាជនប្រឈមមុខខ្ពស់ដែរឬទេ? ○ទេ ○បាទ/ចាសបញ្ជាក់ (EW, MSM, TG, PWID)
....

ប្រភេទនៃការប្រឈម

☐ ជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល សូមបញ្ជាក់ ___________________
☐ មិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល
- ○ ជនរងគ្រោះដោយការរំលោភផ្លូវភេទ
- ○ បែកស្រោម
- ○ មិនបានប្រើស្រោមអនាម័យជាមួយដៃគូដែលដឹងថាមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងរកឃើញមានបន្ទុកមេរោគក្នុងឈាម (VL)
- ○ មិនបានប្រើស្រោមអនាម័យជាមួយដៃគូដែលមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍

ពេលវេលានៃការប្រឈម

កាលបរិច្ឆេទរងការប្រឈម _____________ (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) ពេលវេលារងការប្រឈម ___________ ម៉ោងចាប់ពីការរងការប្រឈមរហូតដល់បានទទួល PEP_____

ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់បុគ្គលជាប្រភព

នៅពេលដែលមានវត្តមាន ☐ វិជ្ជមាន ☐ អវិជ្ជមាន ☐ មិនដឹង

ប្រសិនបើជាអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ តើគេកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មែនទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ អត់ទេ ☐ មិនដឹង

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ____/___/_____ (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) ☐ មិនដឹង

លទ្ធផល VL ថ្មីៗបំផុត ___________ កាលបរិច្ឆេទ ___/___/_____ (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) ☐ មិនដឹង

តើមានបុគ្គលជាប្រភពសម្រាប់ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ ?   ☐ មាន   ☐ មិនមាន

តើបុគ្គលជាប្រភពដែលជាជនល្មើសជាក្រុមប្រឈមខ្ពស់មែនទេ ?   ☐ បាទ/ចាស់   ☐ អត់ទេ   ☐ មិនដឹង

លទ្ធផលនៃការតាមដានស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់បុគ្គលជនល្មើស   ☐ មិនដឹង   ☐ វិជ្ជមាន   ☐ អវិជ្ជមាន
កាលបរិច្ឆេទ ___/___/____(ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)

ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់អ្នករងគ្រោះ (**ប្រសិនបើមាន HIV វិជ្ជមាន សូមកុំចាប់ផ្តើម ឬបន្ត PEP នៅពេលដែលបានដឹង**)

នៅពេលដែលមានវត្តមាន   ☐ វិជ្ជមាន   ☐ អវិជ្ជមាន   ☐ មិនដឹង

តើធ្លាប់បានធ្វើតេស្តដែរឬទេ ?   ☐ អត់ទេ   ☐ ធ្លាប់   កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______

ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍នៅដើមគ្រា (baseline)   ☐ វិជ្ជមាន   ☐ អវិជ្ជមាន   ☐ មិនដឹង   កាលបរិច្ឆេទ ___/___/____

ទិដ្ឋភាពនៃការប្រឈម

បុគ្គលិកសុខាភិបាល		
មានស្នាមមុខរបួសមុតជ្រៅដោយសារម្ជុលមានរន្ធប្រហោង	☐មាន	☐គ្មាន
រងរបួសដោយសារម្ជុល បន្ទាប់ពីបានប្រើម្ជុលចាក់ស្រទាប់ក្រោមស្បែកសម្រាប់ IM/IV	☐មាន	☐គ្មាន
ការរងរបួសពីឧបករណ៍មុតស្រួចដែលអាចមើលឃើញដោយមានឈាម	☐មាន	☐គ្មាន
ការប្រឈមរយៈពេលតិចជាង ១នាទី ឬវិសាលភាពការប្រឈមដាច់រលាត់ស្បែក ឬភ្នាស មានឈាម ឬសារធាតុរាវផ្សេងទៀត ឬវីរុសដែលបានប្រមូលផ្តុំនៅមន្ទីរពិសោធន៍។	☐មាន	☐គ្មាន
ការប្រឈមទៅនឹងឈាមរបស់អ្នកជំងឺក្នុងដំណាក់កាលជំងឺធ្ងន់ ឬមានបន្ទុកមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមខ្ពស់។	☐មាន	☐គ្មាន

មិនមែនជាបុគ្គលិកសុខាភិបាល (ប្រសិនបើទាំងអស់ "មិន" PEP មិនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យឡើយ)		
ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងទ្វារមាស	☐ដាក់	☐មិនដាក់
ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងរន្ធគូទ	☐ដាក់	☐មិនដាក់
ការដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងមាត់	☐ដាក់	☐មិនដាក់
ចំនួននៃអ្នកប្រព្រឹត្តល្មើស __________		

PEP

បានផ្តល់ប្រឹក្សាដល់អ្នកជំងឺ ☐ បាន ☐ មិនបាន

តើបានយល់ព្រមដោយផ្ទាល់មាត់ដើម្បីទទួល PEP ដែរឬទេ ? ☐ បាន ☐ មិនបាន

តើ PEP ចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ឱ្យឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ឱសថផ្តល់ឱ្យចំនួន _______ ថ្ងៃ

មនុស្សវ័យជំទង់ និងមនុស្សចាស់

☐ TDF + 3TC + DTG

☐ TDF + 3TC + ATV/r

កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់

☐ ABV + 3TC + LPV/r	☐ AZT + 3TC + ATV/r
☐ ABV + 3TC + ATV/r	☐ TDF + 3TC + LPV/r
☐ AZT + 3TC + LPV/r	☐ TDF + 3TC + ATV/r

ការផ្តល់ឱ្យផ្សេងៗទៀត (ការពន្យារកំណើតបន្ទាន់ (EC), ការព្យាបាល STI) ____________________

ពេលវេលា និងកាលបរិច្ឆេទ ការលេបដូសលើកទី១ (ផ្តល់ឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបានក្នុងពេលដែលពិគ្រោះយោបល់)

កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ ពេលវេលា: ___________

ការបញ្ជូនទៅរកសេវាថែទាំ និងគាំទ្រផ្សេងៗ

ការពន្យារកំណើតបន្ទាន់៖

☐មិនបានឱ្យ (☐ បានបញ្ជូន ☐ មិនបានបញ្ជូន)

☐បានឱ្យ សូមបញ្ជាក់ _________________

ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគដោយសន្ទត

☐មិនបាន (☐ បានបញ្ជូន ☐ មិនបានបញ្ជូន)

☐បាន សូមបញ្ជាក់ _________________

ការគាំទ្រផ្នែកផ្លូវចិត្ត

☐ មិនបាន (☐ បានបញ្ជូន ☐ មិនបានបញ្ជូន)

☐ បាន សូមបញ្ជាក់ _________________

ស្ថានភាពនៃការចម្លងផ្សេងៗ

រលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង	រលាកទ្វារមាស ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង
រលាកថ្លើមប្រភេទ C (HCV) ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង	ប្រមេះ ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង
ជំងឺស្វាយ ☐ មាន ☐ គ្មាន ☐ មិនដឹង	

ណាត់ជួបដើម្បីធ្វើការតាមដាន (សង្កត់ធ្ងន់ចំពោះចំណុចនេះសំខាន់): កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______

ហត្ថលេខគ្រូពេទ្យ

(ត្រូវបានបំពេញដោយគ្លីនិក **ART** ក្នុងករណីប្រឈមជាលក្ខណៈបុគ្គល ត្រូវបានបង្ហាញលើកដំបូងនៅ **ER**) **តាមដានសម្រាប់ការពិគ្រោះយោបល់ (៤ ថ្ងៃ)** **កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______**
មានវត្តមានៈ ☐ មាន ☐ មិនមាន បន្ទាប់មកជូនដំណឹងដើម្បីគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម
ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម មានផលរំខានទេ? ☐ មិនមាន ☐ មាន រៀបរាប់:______________________________ លេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ទេ? ☐ បាន ☐ មិនបាន រៀបរាប់:____ ធ្វើតេស្តឈាមពីអ្នកប្រភពត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ? ☐ មិនបាន ☐ បាន លទ្ធផល ______ (ប្រសិនបើលទ្ធផលអវិជ្ជមាន បញ្ឈប់ PEP) ធ្វើតេស្តឈាមពីការប្រឈមត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ? ☐ មិនបាន ☐ បាន លទ្ធផល ______(ប្រសិនបើលទ្ធផលវិជ្ជមាន បញ្ឈប់ PEP) បន្ត PEP? ☐ បន្ត ☐ មិនបន្ត **ពន្យល់:**______________________________ ឱសថដដែល? ☐ ដដែល ☐ មិនដដែល **ពន្យល់:**____________________________
ណាត់ជួបដើម្បីធ្វើការតាមដាន (សង្កត់ធ្ងន់ចំពោះចំណុចនេះសំខាន់): កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______
ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ

ការតាមដាន

តាមដាន (៣ខែ)	**កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______**
មានវត្តមានៈ ☐មាន ☐មិនមាន ប្រសិនបើគ្មាន → ជូនដំណឹងដើម្បីគ្រប់គ្រងករណីសកម្ម	
លេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់? ប្រសិនបើមិនបានខ្ជាប់ខ្ជួនសូមរៀបរាប់ _______	☐ បាន ☐ មិនបាន
មានរោគសញ្ញាឬសញ្ញានៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ស្រួចស្រាវ? ប្រសិនបើមានសូមរៀបរាប់____________	☐ មាន ☐ គ្មាន
បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍?	☐ មិនបាន ☐ បាន ☐ វិជ្ជមាន ☐ អវិជ្ជមាន កាលបរិច្ឆេទ ____/_____/_______
☐ បានពិនិត្យរក STI ☐ HBV Ab ☐ HCV Ab ☐ ធ្វើតេស្តការមានផ្ទៃពោះ	
តម្រូវឱ្យមានការតាមដាន? តម្រូវ ☐ មិនតម្រូវ ☐	ប្រសិនបើមិនតម្រូវ សូមរៀបរាប់: ______ ______________________
ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ	

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣៖ ទម្រង់របាយការណ៍

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STD

*****

របាយការណ៍ប្រចាំត្រីមាសស្តីពីការលេបថ្នាំបង្ការក្រោយពេលមានប្រឈម

Post-Exposure Prophylaxis Quarterly Report

គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility**)	លេខកូដគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility Code**)
ស្រុកប្រតិបត្តិ (**Operational District**)	ខេត្ត-ក្រុង (**Province**)
ឆ្នាំ (**Year**)	ត្រីមាសទី (**Quarter**)

ល.រ (No.)	សូចនាករ (Indicator)	អាយុ (Age)	អ្នកមានអាជីពការងារ Occupational		អ្នកមិនមែនអាជីពការងារ Non-occupational		សរុបរួម Total
			ប្រុស (M)	ស្រី (F)	ប្រុស (M)	ស្រី (F)	
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានស្វែងរកសេវា PEP ក្នុងត្រីមាសនេះ Total number of clients seeking for PEP during this quarter	0 - 14					
		>14					
		Total					
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEP ក្នុងត្រីមាសនេះ Number patients having PEP prescribed during this quarter	0-14					
		>14					
		Total					
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEPបានត្រឡប់មកតាមដានបន្តនៅថ្ងៃទី៥(ឬតាមថ្ងៃណាត់ជួប) ក្នុងត្រីមាសនេះ Number clients prescribed PEP returned for the follow-up visit on day fifth (or as appointment date) during this quarter	0-14					
		>14					
		Total					
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEP បានត្រឡប់មកតាមដានបន្ត៣ខែបន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើកទី១ (ឬតាមថ្ងៃណាត់ជួប) ក្នុងត្រីមាសនេះ Number clients prescribed PEP returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date (or as appointment date) during this quarter	0 - 14					
		>14					
		Total					

គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility**)	លេខកូដគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility Code**)
ស្រុកប្រតិបត្តិ (**Operational District**)	ខេត្ត-ក្រុង (**Province**)
ឆ្នាំ (**Year**)	ត្រីមាសទី (**Quarter**)

លរ (**No.**)	សូចនាករ (**Indicator**)	អាយុ (**Age**)	អ្នកមានអាជីពការងារ **Occupational**		អ្នកមិនមែនអាជីពការងារ **Non-occupational**		សរុបរួម **Total**
			ប្រុស (**M**)	ស្រី (**F**)	ប្រុស (**M**)	ស្រី (**F**)	
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEP បានត្រឡប់មកតាមដានបន្ត ៣ខែ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើកទី១ (ឬតាមថ្ងៃណាត់ជួប) និងមានវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍ក្នុងត្រីមាសនេះ Number patients prescribed PEP returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date, and have HIV test positive during this quarter	0 - 14					
		>14					
		Total					

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំធ្វើរបាយការណ៍ (Date Reported):		
ឈ្មោះ និងហត្ថលេខាអ្នកធ្វើរបាយការណ៍ (Report completed by):		
ឈ្មោះ និងហត្ថលេខាអ្នកអនុម័តឱ្យធ្វើរបាយការណ៍ (Report Approved by):		

១០. ឯកសារយោង

Australian Sexual Health Medicine: National guidelines for post-exposure prophylaxis after non-occupational and occupational exposure to HIV. Second edition, 2016.

Australian Sexual Health Medicine: National guidelines for post-exposure prophylaxis after non-occupational and occupational exposure to HIV. 2013.

Nam aidsmap: Estimated risk per exposure, April 2009. http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/, retrieved July 09, 2018.

Christian Hoffmann and Jürgen K. Rockstroh: HIV 2010; p. 629-635

NCHADS: National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents. 4th Revision 2015; p. 164-168

Baggaley R, White R and Boilly M. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. International Journal of Epi 2010;39:1064-5.

Grulich AE et al. HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. 2015 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2015), February 23-26 2015, Seattle. Late breaker poster 1019 LB. http://www.croiconference.org/sessions/hiv-transmission-male-serodiscordant-couples-australia-thailand-and-brazil.

Safran SA, Mayer KH, Ou SS, et al. Adherence to early antiretroviral therapy: Results from HPTN 052, a phase III, multinational randomized trial of ART to prevent HIV-1 sexual transmission in serodiscordant couples. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Jun 1;69(2):234-40.

Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy.JAMA. 2016;316(2):171-181.

https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/using-hiv-medication-to-reduce-risk/post-exposure-prophylaxis.

National Guidelines on Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia, 4th Edition August 2016.

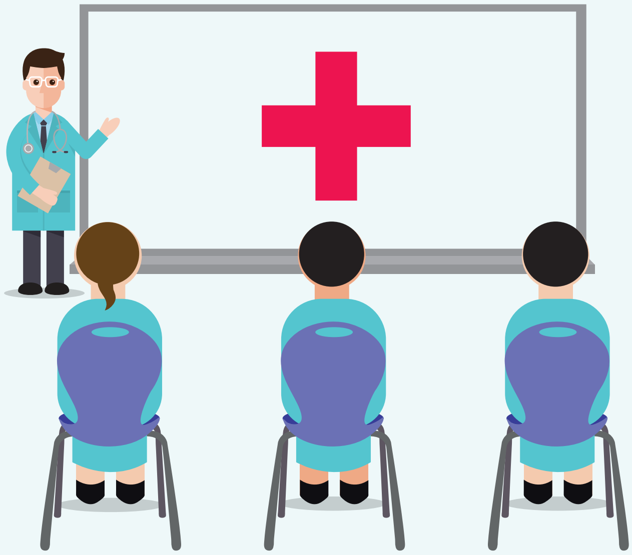
National technical guidelines on antiretroviral treatment of National AIDS Control Programme Care Support and Treatment Services (Ministry of Health, government of INDIA), October 2018.

KINGDOM OF CAMBODIA

— NATION RELIGION KING —

ក្រសួងសុខាភិបាល

National Guidelines For



Post-Exposure Prophylaxis after Non-occupational and Occupational Exposure to HIV

National Center For HIV/AIDS, Dermatology and STD

February 2019

Contents

Acknowledgment xlii

Abbreviationst xliii

I. Background and Rationale 45

II. Objectives 47

III. Who is PEP eligible for this guideline? 48

3.1 Occupational 48
3.2 Non-occupational 48

IV. Assessment of the risk of HIV transmission 49

4.1 What is the HIV transmission risk/exposure? 49
4.2 What is the HIV status of the source individual? 50
4.3 What is the HIV status the exposed individual? 51

V. Clinical assessment and follow-up 52

5.1 Information about the exposure 52
5.2 Information about the exposed person 52
5.3 Information about the source person 52
5.4 Follow-up 52

VI. Laboratory assessment and follow-up 53

VII. Prescribing PEP 54

7.1 When to prescribe PEP 54
7.2 Occupational exposure to HIV 54
7.3 Exposure reporting 55
7.4 Management of Non-Occupational exposure to HIV 55
7.5 ARV regimen for PEP 58
7.5.1 PEP regimen for adolescents and adults 58
7.5.2 PEP regimen for children and adolescents 58
7.6 PEP and Hepatitis B Virus (HBV) 59
7.7 Immediate management of an individual exposed to known or suspected HIV+ patient 59
7.8 ARV Side effects 59

VIII. Reporting 61

8.1 The indicator of PEP 61

IX. Annexes 64

Annex 1: Detailed Care Pathway for People Exposed to HIV 64
Annex 2: Data collection form 66
Annex 3: Reporting form 70

IX. References 72

Acknowledgment

The National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS) would like to express its appreciation and thank all relevant NCHADS Units including AIDS Care, and Technical Bureau; and development partners including LINKAGES project of FHI 360, US-CDC, WHO, UNAIDS, CRS, KHANA, GIZ and others who actively contributed to the successful development of the Guidelines for Post Exposure Prophylaxis of HIV infection for health occupational and non-occupational.

Our special thanks to Dr. Samreth Sovannarith, Dr. Ngauv Bora, Dr. Touch Sarun, Dr. Ngeth Bottra, Dr. Chel Sarim, Mr. Im Chanry, Dr. Chan Sodara, Mr. Ung Polin, and Dr. Steve Wignall for taking their efforts in coordinating and developing this important guideline.

Phnom Penh, 14 / June / 2019

Director of NCHADS

Dr. Ly Penh Sun

Abbreviations

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AEM	Asian Epidemic Model
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	Antiretroviral Therapy
ARV	Antiretroviral
ATV/r	Ritonavir boosted Atazanavir
AZT	Zidovudine
cART	combination Antiretroviral Therapy
CNS	Central Nervous System
CRS	Catholic Relief Services
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
EW	Entertainment Worker
GBV	Gender Based Violence
GIZ	Deutsche Gesellschaft Fuer International Zusammenarbeit
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Assessment
IDU	Injection Drug Use
KP	Key Population
KHANA	Khmer HIV/AIDS NGO (Non-Governmental Organization) Alliance
LPV/r	Ritonavir boosted Lopinavir
MSM	Men Who have Sex with Men
NCHADS	National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STI
NSHN	National Healthcare Safety Network
NNRTI	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
NRTI	Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor
PEP	Post-Exposure Prophylaxis
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis
RTI	Reproductive Tract Infections
STI	Sexually Transmitted Infection
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarate
TG	Transgender SOP: Standard Operating Procedure
PI	Protease Inhibitor
PLHIV	People Living with HIV
PWUD	People Who Use Drugs
PWID	People Who Inject Drugs
VL	Viral Load
UD	Undetermined
UK	Unknown

I. Background and Rationale

This PEP guideline is substantially changed from the 2006 PEP guideline and the PEP section of National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents, 4th Revision in 2015.

The PEP guideline in 2006 was focusing on occupational only but this PEP guideline is extended to |non-occupational exposures.

The risk of HIV transmission exists if an HIV-negative person comes into contact with the blood, semen or vaginal fluids of an HIV-positive person. HIV transmission is possible if HIV-containing material enters the body by:

- Needle stick injury or incision by surgical instruments,
- Exposure of damaged skin or mucosal membranes,
- Unprotected sexual intercourse with infected person (including sexual accidents, i.e., broken condom, etc.),
- needle or injecting equipment sharing,
- Transmission of HIV-contaminated blood or blood products.

HIV is not a very contagious pathogen. The transmission rates via one of the methods mentioned above ranges between 1:100 and 1:1000. Several factors influence the probability of transmission and include the amount of source-incorporated virus transmitted and the length of exposure time. Contact with body fluids of a patient with a high viral load theoretically holds a greater risk of contagion than a similar contact with body fluids of a patient on ART with a suppressed viral load. Also, rapid removal of infectious materials, e.g., from damaged skin or mucosal membrane by washing or disinfection, presumable decreases the risk of transmission.

Table 1: Estimated HIV transmission risk per exposure for specific activities and events

Activity	Risk-per-exposure
Vaginal sex, female-to-male, studies in high-income countries	0.04% (1:2,380)
Vaginal sex, male-to-female, studies in high-income countries	0.08% (1:1,234)
Vaginal sex, female-to-male, studies in low-income countries	0.38% (1:263)
Vaginal sex, male-to-female, studies in low-income countries	0.30% (1:333)
Vaginal sex, source partner is asymptomatic	0.07% (1:1,428)
Vaginal sex, source partner has late-stage disease	0.55% (1:180)
Receptive anal sex amongst gay men, partner unknown status	0.27% (1:370)

Activity	Risk-per-exposure
Receptive anal sex amongst gay men, partner HIV positive	0.82% (1:123)
Receptive anal sex with condom, gay men, partner unknown status	0.18% (1:555)
Insertive anal sex, gay men, partner unknown status	0.06% (1:1,666)
Insertive anal sex with condom, gay men, partner unknown status	0.04% (1:2,500)
Receptive fellatio	0.00% to 0.04% (1:2,500)
Mother-to-child, mother takes at least two weeks antiretroviral therapy	0.8% (1:125)
Mother-to-child, mother takes combination therapy, viral load below 50	0.1% (1:1,000)
Injecting drug use	0.63% (1:158) to 2.4% (1:41)
Needle stick injury, no other risk factors	0.13% (1:769)
Blood transfusion with contaminated blood	92.5% (9:10)

Sources: http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/

Post-exposure prophylaxis refers to taking ARV by an HIV negative individual after being potentially exposed to HIV to prevent becoming infected. The first dose of PEP should be administered ideally within 2 hours (but certainly within the first 72 hours) of exposure and the risk evaluated as soon as possible.

II. Objectives

Post Exposure Prophylaxis (PEP) is short-term use of antiretroviral therapy (ART) to reduce the likelihood of HIV infection after potential exposure, occupationally (health care providers) and non-occupationally. PEP should be provided as part of a comprehensive universal precautions package that reduces HIV transmission risk in such situations.

2.1 Overall objective: Reduce the risk of HIV infection after occupational or non-occupational exposures (Sexual assault and the partner of HIV infected person (sero-discordance couple) enrolled in ART clinic but not yet started antiretroviral drugs or started antiretroviral drugs less than 3 months or the last VL test result > 1,000 copies/ml had unprotect sexual intercourse or broken condom).

2. 2 Specific objectives of the guideline are to:

- Increase knowledge about the use of PEP to health care providers in all services in health facilities.
- Provide clear guidance to implement PEP at the ART clinic and emergency department in the hospitals.

III. Who is PEP eligible for this guideline?

3.1 Occupational:

- Nursing staff
- Emergency care providers
- Labour and delivery room personnel
- Surgeons and operation theatre staff
- Laboratory technicians
- Physicians
- Interns and medical students
- Dentists
- Health facility cleaning staff, mortuary staff and clinical waste handlers in the health care setting

3.2 Non-occupational

- Sexual assault victim (Virginal, anus and oral)
- Key population (EW, MSM, TG, PWID) reported no condom used or condom broken
- Partner of HIV infected person (sero-discordance couple) enrolled in ART clinic but not yet started antiretroviral drugs or started antiretroviral drugs less than 3 months or the last VL test result more than 1,000 copies/ml had unprotected sexual intercourse or broken condom less than 72 hours.

IV. Assessment of the risk of HIV transmission

4.1 What is the HIV transmission risk/exposure?

a. All sexual risk estimations are for condomless sexual contact. It is assumed that a similar risk is incurred when a condom fails.

Table 2: Exposure and transmission risk/exposure with known HIV-positive source who is not on antiretroviral treatment

Type of exposure with known HIV-positive source who is NOT on antiretroviral treatment	Estimated risk of HIV transmission/exposure*
Receptive anal intercourse	
- Ejaculation	1/70
- Withdrawal	1/155
Shared needles and other injecting equipment	1/125
Insertive anal intercourse uncircumcised	1/160
Insertive anal intercourse circumcised	1/900
Receptive vaginal intercourse	1/1250
Insertive vaginal intercourse	1/2500
Receptive or insertive oral intercourse	Unable to estimate risk, Extremely low
Needle-stick injury or another sharps exposure	1/440
Mucous membrane and non-intact skin exposure	<1/1000

* These estimates are based on prospective studies, not cross-sectional data or figures derived from modelling. These estimates do not take into account source viral load, which if undetectable markedly reduces risk estimates. For individuals with high viral load, obviously transmission risk would increase.
Source: ASHM August 2016

Many factors modify the risk of HIV transmission and should be considered in the risk assessment.

Factors that increase the risk of HIV transmission:

- Higher plasma VL is associated with increased risk of HIV transmission
- A sexually transmissible infection (STI) in the source or exposed individual, especially genital ulcer disease and symptomatic gonococcal infections
- Source ejaculation during receptive anal or vaginal intercourse,

- A breach in genital mucosal integrity when performing oral sex,
- A breach in oral mucosal integrity when performing oral sex,
- Penetrating, percutaneous injuries with a hollow bore needle, direct intravenous or intra-arterial injection with a needle or syringe containing HIV-infected blood,
- The uncircumcised status of the insertive HIV-negative partner practicing insertive anal intercourse (IAI) or insertive vaginal intercourse (IVI).
- Exposure to a larger quantity of blood or other infectious fluid.
- Prolonged or extensive exposure of non-intact skin or mucous membrane to blood or other infectious fluid or concentrated virus in a laboratory setting.
- Exposure to the blood of a patient in an advanced disease stage or with a higher HIV viral load.
- A deep percutaneous injury.
- A procedure wherein the sharp was in the vein or artery of an infected source patient.
- An injury with a hollow-bore, blood-filled needle.
- Limited or delayed access to post-exposure prophylaxis.

b. Body fluids that pose a risk of HIV infection:

- Blood,
- blood-stained saliva,
- breast-milk,
- genital secretions and cerebrospinal fluid
- amniotic, rectal, peritoneal, synovial, pericardial or pleural fluids

c. Body fluids that do not pose a significant risk of HIV infection, and therefore do not require PEP

- Tears,
- Non-blood-stained saliva,
- Urine and sweat.

4.2 What is the HIV status of the source individual?

Once HIV positive status of the source is confirmed provision of PEP should not be delayed.

Ideally, active attempts should be made to contact the source and ask them to have an urgent HIV test; however, the often-anonymous nature of exposures makes this impractical for non-occupational exposure.

Therefore:

- If the source cannot be contacted, the seroprevalence data (see Table 3) will assist in determining the need for PEP.
- If the source is contactable and:
    - Discloses they are HIV positive; consent should be gained to seek treatment details from their doctor. It is useful to know if they are on treatment or not, and if their viral load is undetectable.

- Is known to be taking PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis), PEP is generally not required if it can be determined that the individual was reasonably adherent. Decisions to prescribe PEP should still be considered on a case-by-case basis due to potential for non-adherence of the source.
- Chooses not to disclose their HIV status or have an HIV test, it should be assumed (for the purposes of PEP prescription) that they are HIV positive.

Table 3: Estimated Cambodian HIV prevalence by demographic characteristic

Population / subpopulation	Prevalence	Source
General adult population	0.6%	AEM 2016
People who inject drugs (PWID)	15.2%	IBBS 2017
People who use drugs (PWUD)	5.7%	IBBS 2017
Entertainment worker (Freelance)	11.8%	IBBS 2016
Entertainment worker	3.2%	IBBS 2016
Transgender women	5.9 %	IBBS 2016
MSM	2.3%	IBBS 2014

To estimate the risk from an exposure from an unknown source:

Risk of transmission = risk per exposure x risk of source being HIV positive (prevalence)

Examples of calculations of estimates of risk of a particular event in Cambodia

- The risk to a HCW who has a needle stick injury from a known PLHIV = 1/440 or 0.23%
- The risk to a HCW who has a needle stick injury from a person from the general adult population, HIV status unknown = 1/440 (0.23%) x 0.6% = 0.0014%

Multiple exposures, and from multiple sources should be added to estimate risk:

- The risk to a woman who is vaginally and anally raped by a PWUD (1/1250 x 5.7%)+ (1/70 x 5.7%) = 0.0046% + 0.081% = 0.086%
- The risk to a woman who is vaginally raped by 5 PWUD = 5 x 1/1250 x 5.7% = 0.023%

However, note that:

1) The real risk may increase due to biological factors and factors outlined above
2) In the case of rape, the demographic of the source(s) may be unknown.

4.3 What is the HIV status the exposed individual?

All candidates for PEP are required baseline HIV testing. Where possible, the results of the test should be ready within 24 hours after the specimen being collected but PEP should be prescribed immediately without waiting the test result. If HIV rapid test reactive stop PEP regimen.

V. Clinical assessment and follow-up

The following information should be obtained and documented in the patient's file:

5.1 Information about the exposure

a. Date and time of exposure

b. Type of exposure, including blood or body fluids involved, trauma, first aid measures applied and any contributory factors.

5.2 Information about the exposed person

a. Most recent HIV test and result

b. Potential exposures within the last three months (or earlier if last HIV test longer than three months ago)

c. Previous use of PEP or PrEP

d. Evaluation of current STIs

e. Hepatitis B (HBV) and C (HCV) infection

f. Pregnancy risk, contraception and lactation (consider emergency contraception)

5.3 Information about the source person

Provision of PEP should not be delayed while obtaining this information.

a. HIV status if known

b. Demographics factors, e.g. gender,

c. If HIV positive: Plasma viral load, date of last test, medication adherence

d. Current STIs; hepatitis B and C status

e. Whether the source is known to be taking PrEP

5.4 Follow-up

The recommended timing of follow-up HIV and other testing is outlined in Table 4 – Individuals found to be HIV positive or indeterminate on baseline testing, or during follow-up, require immediate referral to an HIV national mentor.

VI. Laboratory assessment and follow-up

After potential exposure to HIV, individuals should have baseline and follow-up testing Table 4 for HIV and other infections (depending on mode of exposure).

Table 4 sets out the recommended schedule of testing for individuals who are prescribed PEP. Follow-up HIV testing is no longer recommended at six months. The management of an exposed patient who seroconverts is not included. The symptoms of seroconversion should be explained to all patients, with advice to present if these or any other symptoms occur.

Individual need to be referred to family health clinic (STI clinic) for appropriate care and treatment of STI in case sexual exposure and if a victim is a woman in a reproductive age should be referred to family planning service for emergency contraceptive ((Refer to national guideline for management violence against women and children in health system in 2014: 2.4.6.3.3 prevent STI on page 20 and 2.4.6.3.2 guideline for pregnancy prevention on page 20-21).

Table 4: Timing of Laboratory Tests Pre and Post PEP

Test	Baseline	Week 6	Month 3
HIV serology	x	x	x
Syphilis serology	x	x	x
Hepatitis B serology	x		x
Hepatitis C serology	x		x
Pregnancy test	x	x	

VII. Prescribing PEP

PEP services are available at the ART clinic where PEP regimen is prescribed by ART clinician on working days and at working hours. Out of working days or public holidays, PEP drug is available in Emergency department in the hospitals where ART clinics located within. The clinician at Emergency prescribes PEP drug for maximum 4 days and make appointment with clients to visit ART clinician at ART clinics on working days.

7.1 When to prescribe PEP

The decision to prescribe PEP needs to be made on a case-by-case basis. Prescribing PEP in this guideline is mainly focused on occupational and non-occupational exposure to HIV as described in chapter II (Who is PEP eligible for this guideline?).

7.2 Occupational exposure to HIV

Health care workers who are at risk of occupational exposure to HIV, including but not limited to:

- Nursing staff
- Emergency care providers
- Labour and delivery room personnel
- Surgeons and operation theatre staff
- Laboratory technicians
- Physicians
- Interns and medical students
- Dentists
- Health facility cleaning staff, mortuary staff and clinical waste handlers in the health care setting

If the source is unable to be tested immediately, the exposed healthcare worker should be commenced on PEP without waiting for the results if the source is at high risk of being HIV positive (Within 4-6 hours).

If the source is unable to be identified or tested, then the risk of the source being HIV positive must be assessed from any epidemiological or other information available. The use of PEP should be decided on a case-by-case basis, and it is recommended that an experienced clinician on HIV area is always consulted in this situation.

The risk carried by exposures that occur in the healthcare setting include but not limited to the following:

- Deep puncture wound with a hollow bore needle
- Needle-stick injury after it was used for IM/IV/subcutaneous injection,
- Injury from a sharp instrument visibly contaminated with blood.

- Exposure for more than 1 minute or extensive exposure of non-intact skin or mucous membrane to blood or other infectious fluid or concentrated virus in a laboratory setting.
- Exposure to the blood of a patient in an advanced disease stage of AIDS or with a higher HIV viral load.

It is reasonable to always offer PEP to a healthcare worker who has had a significant exposure to a source who is HIV positive, even if the source has an undetectable HIV viral load.

7.3 Exposure reporting

When an occupational exposure occurs, the circumstances and post exposure management procedure applied should be recorded in the exposed person's confidential form for easy follow up and care. Information to be recorded in the health worker's confidential medical report should include:

- Date and time of exposure.
- Details of the procedure being performed and the use of protective equipment at the time of exposure.
- Type, severity and amount of fluid that the healthcare worker was exposed to.
- Details of the exposure source person.
- Medical documentation that provides details about post-exposure management.

7.4 Management of Non-Occupational exposure to HIV

PEP must be initiated within 72 hours post assault but preferably as soon as possible after the event (within 4-6 hours) with any victim who has been sexually assaulted when vaginal, anal or oral penetration with a penis has occurred, regardless of condom use or ejaculation, or with any victim who does not remember the sexual assault. In case of physical injury with life threatening, ART clinician needs to refer victim to emergency service immediately and PEP will be prescribed later, but must be within 72 hours. If the victim required for forensic examination certificate by authority, police, lawyer, then need to refer victim to the forensic clinical committee of the hospital. After PEP prescribed victim should be provided and/or referred to appropriated services, family planning services for assessing and providing emergency contraception (women in a reproductive age) and family clinic for STI treatment and psychosocial service for specific psychosocial support.

There are two factors that contribute to the risk of HIV transmission following sexual assault:

a. The risk that the assailant is HIV positive,

b. The risk of the exposure.

Table 5: PEP is strongly recommended with situation below

High-Risk Exposure	**Yes**
Anal penetration	X
Vaginal penetration	X
Oral penetration	X
High-Risk Assailant	
Known HIV positive assailant	X
Known high-risk assailant:	
- people who inject drugs	X
- men with sexual contact with men	X
- from endemic area	X
Unknown-Risk Assailant: Unknown or Known with unknown HIV status	**X**

On the other hand, PEP is not offered or recommended when no risk of exposure with any type of assailant:

- No vaginal penetration.
- No anal penetration.
- No oral penetration.

FLOW OF PEP ASSESSMENT

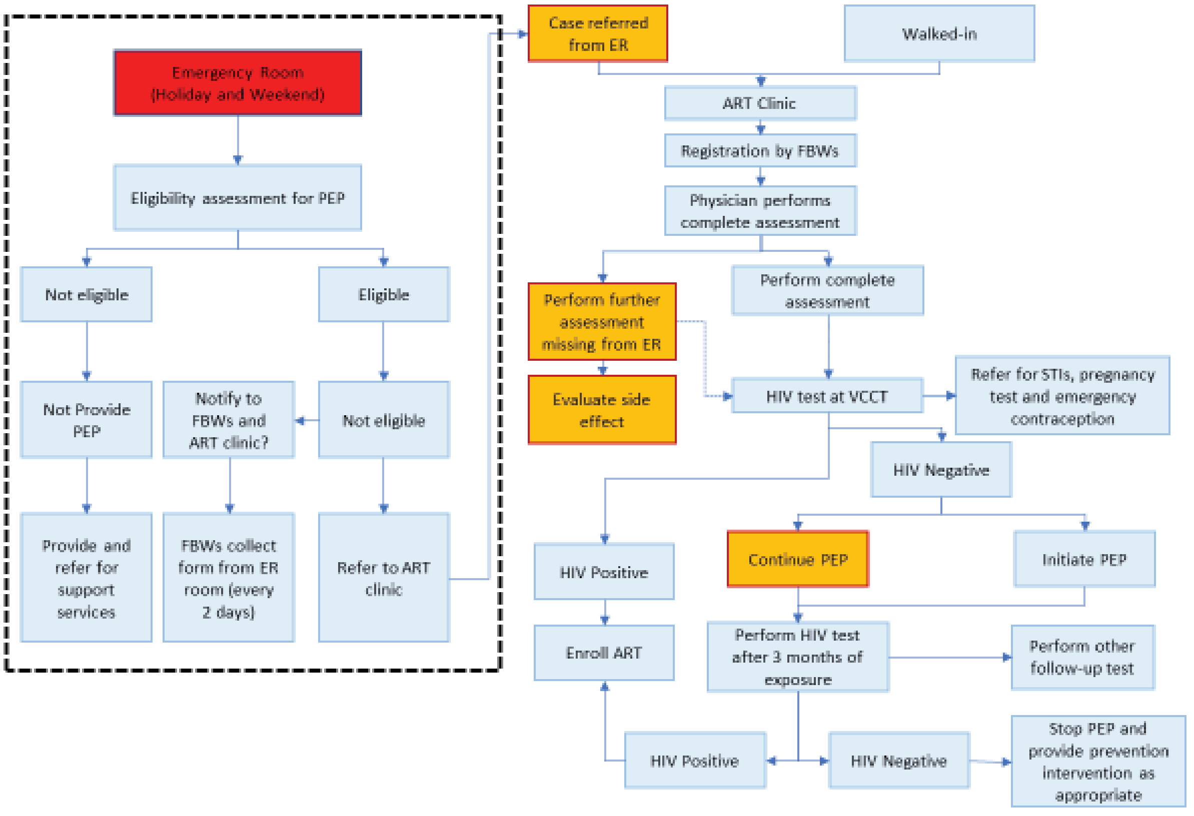
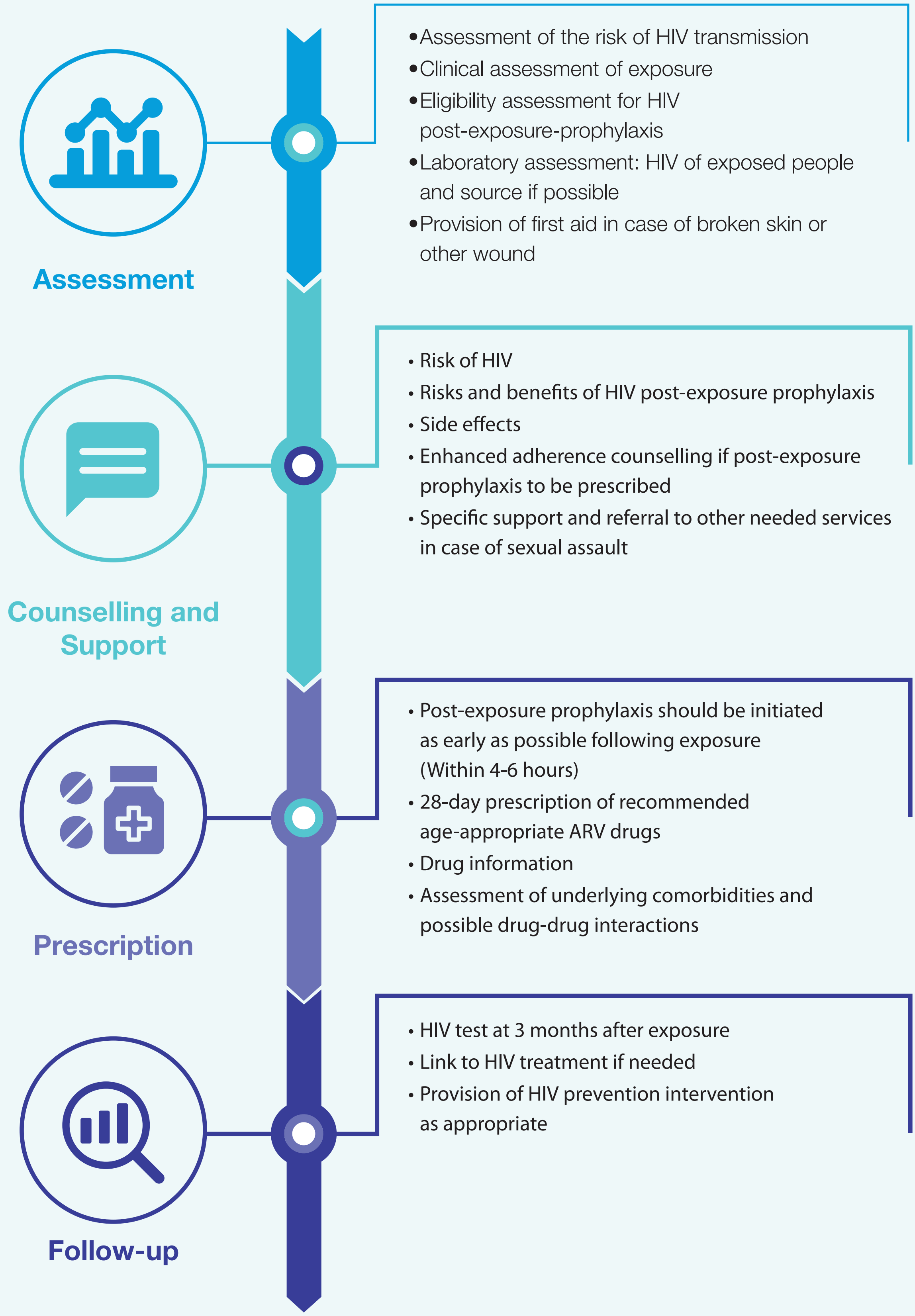


Figure 1: Summary Flow of Care for people exposed to HIV



7.5 ARV regimen for PEP

Adverse effects caused by antiretrovirals and their impact on adherence are well recognized. Drug choice is determined by: safety, tolerability, ease of dosing, HIV resistance patterns in the local infected population, the medical history of the exposed person. When known, source information concerning antiretroviral treatment history and the results of past HIV resistance testing may also determine the choice of drugs for PEP. We now have PEP regimens that are well tolerated, with minimal side effects, drug–drug interactions, dosing requirements and pill burden. Clinicians must inform patients who are prescribed PEP about the following:

- PEP provides high levels of protection but does not prevent 100% of infections
- the importance of adherence
- the potential adverse effects of treatment and possible drug interactions
- measures for preventing re-exposure to HIV
- follow-up HIV testing
- HIV seroconversion signs and symptoms.

PEP should generally not be prescribed after 72 hours but may be considered on a case-by-case basis in consultation with a specialist. Earliest possible initiation of PEP has the greater likelihood of success.

PEP consists of a regimen of 3 ARV agents: 2 NRTI + Integrase Inhibitor drug regimens are preferred, at standard treatment doses. In case of Integrase Inhibitor (Dolutegravir) is not available, the second choice is 2NRTI + PI drugs. PEP must be started as soon as possible after exposure (Within 4-6 hours) and continued daily for 28 days post exposure.

7.5.1 PEP regimen for adolescents and adults

Preferred standard PEP regimen:

TDF (300 mg) + 3TC (150 mg) + DTG (50 mg) Once daily for 28 days

Alternative PEP regimen:

TDF (300 mg) + 3TC (150 mg) + ATV/r (300 mg/100 mg) Once daily for 28 days

7.5.2 PEP regimen for children and adolescents

Age	Preferred Treatment Regimen	Duration
Children <10 years OR <35 Kg	ABC or AZT + 3TC + LPV/r*	28 days
Adolescents ≥10 years AND ≥35 kg	TDF + 3TC + DTG or ABC or AZT + 3TC + ATV/r or LPV/r*	28 Days

*EFV may be used as an alternative to the protease inhibitors should there be a reason why these cannot be prescribed.

Notice:

- If a third drug is not available or contraindicated, a two NRTI ARV regimen is acceptable provided the exposure is not from a source with known or suspected cART failure.
- Efavirenz is a possible 3rd PEP agent, however it may not be effective in the setting of transmitted NNRTI resistance, and the early CNS side effects may be difficult in someone who has anxiety related to the recent exposure.

7.6 There is a theoretical risk of hepatic flare among people infected with HBV

Once TDF + 3TC -based PEP is stopped, as has been seen for people receiving ART. Assessment of HBV infection status should not be a precondition for offering TDF+ 3TC -based PEP, but people known HBV infection should be clinically monitored for hepatic flare after discontinuation of TDF+3TC -based PEP.

7.7 Immediate management of an individual exposed to known or suspected HIV+ patient

- Do not douche the vagina or rectum after sexual exposure.
- After oral exposure, spit out blood/body fluids and rinse mouth with water.
- Wash wounds and skin sites that have been in contact with blood or body fluids with soap and water.
- Irrigate mucous membranes and eyes (remove contact lenses) with water or saline.
- Do not inject antiseptics or disinfectants into wounds.

7.8 ARV Side effects

In practice and from HCP studies, it has been observed that many HCP do not complete the full course of PEP because of side-effects. Side-effects can be reduced by prescribing regimens that do not include a protease inhibitor (PI), by giving medications to reduce nausea and gastritis and by educating clients about how to reduce side effects e.g. taking PEP medications with food. It is important that side effects should be explained before initiating PEP so that the symptoms are not confused with symptoms of seroconversion to HIV. Table 6 below gives guidance on management of common side effects of PEP drugs.

Table 6: Management of minor ARV drug side effects

Sign or Symptom	Management at health facility
Nausea	Take with food; reassure that this is usually self -limited. Treat symptomatically
Headache	Give paracetamol. If on EFV, reassure that this is common and usually self-limited. If persists more than 2 weeks, call for advice or refer.
Diarrhoea	Hydrate. Follow diarrhoea guidelines. Reassure patient that if it is due to ARV, it will improve in a few weeks. Follow up in 2 weeks. If it does not improve, call for advice or refer.
Fatigue	This commonly lasts 4 to 6 weeks. Take 'sick leave' from work. If severe or longer than this, call for advice or refer.
CNS side effects: Anxiety, nightmares, psychosis, depression	This may be due to EFV. Take EFV at night before sleeping; Counsel and support (usually lasts < 3 weeks). The initial difficult time can be managed with amitriptyline at bedtime. Call for advice or refer if severe depression or suicidal tendencies or psychosis (stop EFV)
Rash	If on EFV, assess carefully. Is it a dry or wet lesion? Call for advice.
Fever	Assess clinically for Hepatitis, see if this could be primary (acute) HIV infection or other non-HIV related infections e.g. concurrent common cold. Call for advice or refer
Jaundice or abdominal or flank pain	Stop drugs; Call for advice or refer If jaundice or liver tenderness is present, send for ALT test and stop ARVs. Call for advice or refer.

See detail of monitoring and substitutions for ART toxicity of national HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents (4th Revision in 2015), Chapter 10, page 57-62.

VIII. Reporting

Provision of PEP and follow-up must be reported and documented. There are separate forms for occupational exposure and non-occupational exposure.

- Occupational and Non-occupational exposure data collection form – annex 2.
- PEP reporting template – annex 3

8.1 The indicator of PEP

1. Number (%) of clients have PEP prescribed.	
Definition	Number clients who visited ART clinic for PEP purpose who meets the criteria for PEP and have PEP prescribed, divided by the total number of clients visited ART clinic for PEP purpose, multiplied by 100.
Purpose	To measure the magnitude of potential HIV infection exposure among occupational and non-occupational clients.
Method of Measurement	Count the number of clients seeking PEP at the ART clinic, then compute for percentage using numerator and denominator below.
Frequency	Monthly
Numerator	Number clients having PEP prescribed during the reported month.
Denominator	Total number of clients seeking for PEP and meet PEP criteria during the reported month.
Disaggregation(s):	By occupational and non-occupational
Source of data	PEP reporting Forms at ART clinic.
Interpretation	High percent of non-occupational PEP may reflect high risk behavior to contract HIV infection is going on among publics. High percent of occupational PEP may reflect the need to strengthen the infection control measures among health professional staff.

2. Number (%) of clients who have been prescribed PEP returned for follow-up visit at day fifth	
Definition	Number clients who have been prescribed PEP, and returned for the follow-up visit on day fifth divided by the total number of clients prescribed PEP at the ART clinic, multiplied by 100.
Purpose	To measure the follow-up rate and adherence to PEP of the clients for the short period. Appropriate interventions need deciding during the follow-up visit.
Method of Measurement	Count the number of clients prescribed PEP at the ART clinic, then compute for percentage using numerator and denominator below.
Frequency	Monthly
Numerator	Number clients who have been prescribed PEP returned for the follow-up visit on day fifth (or as appointment date) during the reported month.
Denominator	Total number of clients who have been prescribed PEP during the reported month.
Disaggregation(s):	By occupational and non-occupational
Source of data	PEP reporting Forms at ART clinic.
Interpretation	Appropriate decision need taking in accordance with the results at the follow-up visit.

3. Number (%) of clients who have been prescribed PEP returned for follow-up visit 3 months after the first visit data.	
Definition	Number clients who have been prescribed PEP, and returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date divided by the total number of clients who have been prescribed PEP during the last three months, multiplied by 100.
Purpose	To measure the follow-up rate and outcome of PEP of the clients. Appropriate interventions need taking during the follow-up visit.
Method of Measurement	Count the number of clients prescribed PEP at the ART clinic, then compute for percentage using numerator and denominator below.
Frequency	Monthly
Numerator	Number clients who have been prescribed PEP returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date (or as appointment date) during the reported month.
Denominator	Total number of clients who have been prescribed PEP in the last three months
Disaggregation(s):	By occupational and non-occupational
Source of data	PEP reporting Forms at ART clinic.
Interpretation	Appropriate decision need taking in accordance with the results at the follow-up visit.

4. Number (%) of clients have HIV test positive at follow-up visit 3 months after the first visit date.	
Definition	Number clients who have been prescribed PEP returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date, and have HIV test positive divided by the total number of clients who have been prescribed PEP and returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date, multiplied by 100.
Purpose	To measure the HIV infectivity rate after completed PEP. Appropriate interventions need taking during the follow-up visit.
Method of Measurement	Count the number of clients prescribed PEP at the ART clinic, then compute for percentage using numerator and denominator below.
Frequency	Monthly
Numerator	Number clients who have been prescribed PEP returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date, and have HIV test positive during the reported month.
Denominator	Total number of clients prescribed PEP and returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date during the reported month.
Disaggregation(s):	By occupational and non-occupational
Source of data	PEP reporting Forms at ART clinic.
Interpretation	Appropriate decision need taking in accordance with the results at the follow-up visit 3 months after the first visit date.

IX. Annexes

Annex 1: Detailed Care Pathway for People Exposed to HIV

1. Assessment and immediate management

- First aid
    - Oral exposure: spit out blood/body fluids and rinse with water.
    - Wounds: wash wounds /skin sites that had contact with blood / body fluids.
    - Mucous membranes and eyes: irrigate with water /saline (remove contact lenses).
    - Do not inject antiseptics or disinfectants into wounds.
    - Do not douche the vagina or rectum after sexual exposure
- HIV testing of the exposed and the source (if possible)
    - Do not delay initiation of PEP around testing, it can be started and ceased if source is found to be HIV negative, or exposed is found to be HIV positive
- Assess risk and eligibility for PEP based on the nature of the exposure and source HIV status

2. Counselling re risks and options re PEP

- Explain the estimated risk of transmission (see above)
- Explain the risks and benefits of PEP:
    - PEP significantly reduces but does not eliminate the risk of transmission
    - PEP has to be taken continuously for 28 days
    - PEP ARV side effects
- Obtain verbal informed consent to initiate PEP

3.Initiate PEP as soon as possible following exposure, TAKE THE FIRST DOSE NOW!

- Check for drug interactions with any concurrent medications
- Provide adherence counseling and drug information
- Do not delay PEP whilst gathering information or filling in paperwork
- Women counseled that PEP will not harm fetus if they are possibly pregnant?
    - Standard PEP ARV regimen: Refer to regimen for children, adolescent and adult differently
    - Take the first dose straight away.
    - Give initial prescription / supply for 4 days and return for refill drug for another 24 days of the total 28 days

4. Assess and provide emergency contraception and STI treatment in the context of sexual exposure (Refer to National Guidelines on Sexually Transmitted Infections and Reproductive Tract Infections Case Management, 2019, Module 6: Prevention and care STI/RTI for vulnerable peoples in chapter 7: Sexual Violence and STIs/RTIs, page 182).

- Presumptive treatment of STI with Azithromycin 1g and Cefixime 400mg stat.
- Emergency contraception, and baseline + follow up pregnancy testing.

5. Assess for exposure to other infections

- HBV: high risk through parenteral and sexual exposure. Test source for HBsAg and eAg if sAg +.
- HCV: high risk through parenteral, and if traumatic sexual exposure, anal and vaginal. Test source
- Tetanus: Individuals who sustain wounds (bites, abrasions or cuts) should have their tetanus status assessed and be offered immunization if indicated.
- Syphilis: Source checked if possible

6. Explain need for secondary prevention:

- Measures must be taken to avoid secondary transmission of possible HIV infection until HIV Ab check in 3 months.
- If signs of primary HIV infection come immediately
- Use condoms, safe-injecting practices, and avoid blood donation. Risks and benefits of continuing to breast-feed should be discussed.

7. For sexual assault provide/refer for specific psychosocial support:

- See also national guideline on STI, 2019 which detail management of sexual assault

8. Complete documentation:

- Annex 2: Data collection form and Annex 3: Reporting form

9. Follow up on PEP

- Return to the clinic in 4 days for assessment of adherence and tolerability, and check that all results are available and that PEP is still indicated.
- If the source is established to be HIV negative, post-exposure prophylaxis should be discontinued.
- Prescribe further 24 days

10. Follow up testing

- HIV test 3 months after exposure or earlier if signs of primary infection
- Syphilis test at 3 months after sexual assault. Assumes source and patient tested at evaluation
- HBV, HCV testing at 6 months after exposure.

Annex 2: Data collection form

Facility Details

Hospital Name _____________☐ ER ☐ ART clinic, ART site code ☐☐☐☐
☐ Referred from ER ☐Walked-in
Date of Visit (DD-MM-YYYY): _____/______ / ______

Demographic details of Exposed Individual

Surname: _______________ Name: _______________ O Male O Female O Transgender women
Date of birth (DD/MM/YYYY) _____ /______ / ______ UUIC: _________________________
Phone number: _______________
Is he/she a member of Key Population? ☐ No ☐ Yes, specify (EW, MSM, TG, PWID)........................

Categories of Exposures

☐ Occupational, specify_____________________
☐ Non-Occupational
  O Victim of sexual assault
  O Condom broken
  O No condom used with partner known HIV positive and VL detected
  O No condom used with unknown HIV status partners

Timing of Exposure

Date of exposure ____________(dd/mm/yy) Time of Exposure __________ Hours from exposure to PEP:______

Source person HIV status

At time of presentation ☐Positive ☐Negative ☐Unknown
If PLHIV, are they on ART? ☐Yes ☐No ☐Unknown
Date commenced ART ____/___/______ ☐Unknown
Most recent VL result ___________ Date___/___/______(dd/mm/yy) ☐Unknown

Is source person available for HIV test? ☐Yes ☐No
Is the source person high risk assailant? ☐Yes ☐No ☐Unknown
Source HIV status follow up result ☐UD ☐Positive ☐Negative Date___/___/____

Exposed person's HIV status (If HIV positive, do not start/nor continue PEP when known)

At time of presentation: ☐Positive ☐Negative ☐Unknown
Ever had HIV test? ☐No ☐Yes Date ___/___/______
HIV test at baseline: ☐Positive ☐Negative ☐UD Date ___/___/______

Nature of Exposure

Occupational		
Deep puncture wound with a hollow bore needle	☐Yes	☐No
Needle-stick injury after it was used for IM/IV/subcutaneous injection	☐Yes	☐No
Injury from a sharp instrument visibly contaminated with blood	☐Yes	☐No
Exposure for > 1min or extensive exposure of non-intact skin or mucous membrane to blood or other infectious fluid or concentrated virus in a laboratory setting	☐Yes	☐No
Exposure to the blood of a patient in an advanced disease stage or with a higher HIV viral load	☐Yes	☐No

Non-occupational (if all "No", PEP is not indicated)			
Vaginal penetration Anal penetration Oral penetration Number of assailant ___________	☐ Yes ☐Yes ☐Yes	☐No ☐No ☐No	

PEP	
Patient counselled: ☐Yes ☐No Verbally consented to PEP? ☐Yes ☐No	
Is PEP indicated? ☐Yes ☐No	
Regimen prescribed ________ days	
Adolescents and adults ☐TDF + 3TC + DTG ☐TDF + 3TC + ATV/r	
Children and adolescents ☐ABV + 3TC + LPV/r	☐AZT + 3TC + ATV/r
☐ABV + 3TC + ATV/r	☐TDF + 3TC + LPV/r
☐AZT +3TC +LPV/r	☐TDF + 3TC + ATV/r
Other/describe (EC, STI treatment) ____________________________________	
Time and date of 1st dose taken? (give as soon as possible, whilst in the consultation) Date ___/___/______ Time: ____________	
Other Care and Support referral	
Emergency contraception: ☐No (☐Referred ☐Not referred) ☐Yes, specify____________________ STI presumptive treatment ☐No (☐Referred ☐Not referred) ☐Yes, specify____________________ Psychosocial support ☐No (☐Referred ☐Not referred) ☐Yes, specify____________________	
Status of other infections	
HBV ☐Yes ☐No ☐Unkwon	Chlamydia ☐Yes ☐No ☐Unkwon
HCV ☐Yes ☐No ☐Unkwon	Gonorrhea ☐Yes ☐No ☐Unkwon
Syphilis ☐Yes ☐No ☐Unkwon	
Follow up appointment (stress the importance of this): Date ___/___/______	
Doctor to sign	

(to be filled out by ART clinic in case exposure individual first presented at ER) **Follow up consultation (4 days)** **Date ___/___/______**
Attend: ☐Yes ☐No, then notify for Active Case Management
If Yes, complete info below Side effects? ☐No ☐Yes Describe:____ Adherent? ☐Yes ☐No Describe:____ Blood test from source checked? ☐No ☐Yes, result_______(if HIV negative, discontinue PEP) Blood test from exposed checked? ☐No ☐Yes, result_______(if HIV positive, discontinue PEP) Continue PEP? ☐Yes ☐No, explain:____ Same regimen? ☐Yes ☐No, explain:____
Follow up appointment: (stress the importance of this): Date ___/___/______

Follow up (3 months)	**Date ___/___/______**
Attend: ☐Yes ☐No If No ® Notify for Active Case Management	
Adherent? ☐Yes ☐No	If No, describe:
Symptoms or signs of possible acute HIV infection? ☐Yes ☐No	If Yes, describe:
HIV test performed?	☐No ☐Yes ☐Positive ☐Negative Date ____/_____/_______
☐ STI screened ☐HBV Ab ☐HCV Ab ☐Pregnancy test	
Follow up required? Yes☐ No☐	If No, describe: ________________________________
Doctor to sign:	

Annex 3: Reporting form

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ
National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STD

*****

របាយការណ៍ប្រចាំត្រីមាសស្តីពីការលេបថ្នាំបង្ការក្រោយពេលមានប្រឈម
Post-Exposure Prophylaxis Quarterly Report

គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility**)	លេខកូដគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility Code**)
ស្រុកប្រតិបត្តិ (**Operational District**)	ខេត្ត-ក្រុង (**Province**)
ឆ្នាំ (**Year**)	ត្រីមាសទី (**Quarter**)

ល.រ (**No.**)	សូចនាករ (**Indicator**)	អាយុ (**Age**)	អ្នកមានអាជីពការងារ **Occupational**		អ្នកមិនមែនអាជីពការងារ **Non-occupational**		សរុបរួម **Total**
			ប្រុស (**M**)	ស្រី (**F**)	ប្រុស (**M**)	ស្រី (**F**)	
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានស្វែងរកសេវា PEP ក្នុងត្រីមាសនេះ Total number of clients seeking for PEP during this quarter	0 - 14					
		>14					
		Total					
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEP ក្នុងត្រីមាសនេះ Number patients having PEP prescribed during this quarter	0-14					
		>14					
		Total					
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEPបានត្រឡប់មកតាមដានបន្តនៅថ្ងៃទី៥(ឬតាមថ្ងៃណាត់ជួប) ក្នុងត្រីមាសនេះ Number clients prescribed PEP returned for the follow-up visit on day fifth (or as appointment date) during this quarter	0-14					
		>14					
		Total					
	ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEP បានត្រឡប់មកតាមដានបន្ត៣ខែបន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើកទី១ (ឬតាមថ្ងៃណាត់ជួប) ក្នុងត្រីមាសនេះ Number clients prescribed PEP returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date (or as appointment date) during this quarter	0 - 14					
		>14					
		Total					

គ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility**)	លេខកូដគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល (**Facility Code**)
ស្រុកប្រតិបត្តិ (**Operational District**)	ខេត្ត-ក្រុង (**Province**)
ឆ្នាំ (**Year**)	ត្រីមាសទី (**Quarter**)

លរ (**No.**)	សូចនាករ (**Indicator**)	អាយុ (**Age**)	អ្នកមានអាជីពការងារ **Occupational**		អ្នកមិនមែនអាជីពការងារ **Non-occupational**		សរុបរួម **Total**
			ប្រុស (**M**)	ស្រី (**F**)	ប្រុស (**M**)	ស្រី (**F**)	
ចំនួនអតិថិជនដែលបានទទួលការព្យាបាលបង្ការ PEP បានត្រឡប់មកតាមដានបន្ត ៣ខែ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើកទី១ (ឬតាមថ្ងៃណាត់ជួប) និងមានវិជ្ជមានមេរោគអេដស៍ក្នុងត្រីមាសនេះ Number patients prescribed PEP returned for the follow-up visit 3 months after the first visit date, and have HIV test positive during this quarter		0 - 14					
		>14					
		Total					

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំធ្វើរបាយការណ៍ (Date Reported):		
ឈ្មោះ និងហត្ថលេខាអ្នកធ្វើរបាយការណ៍ (Report completed by):		
ឈ្មោះ និងហត្ថលេខាអ្នកអនុម័តឱ្យធ្វើរបាយការណ៍ (Report Approved by):		

X. References

Australian Sexual Health Medicine: National guidelines for post-exposure prophylaxis after non-occupational and occupational exposure to HIV. Second edition, 2016.

Australian Sexual Health Medicine: National guidelines for post-exposure prophylaxis after non-occupational and occupational exposure to HIV. 2013.

Nam aidsmap: Estimated risk per exposure, April 2009. http://www.aidsmap.com/Estimated-risk-per-exposure/page/1324038/, retrieved July 09, 2018.

Christian Hoffmann and Jürgen K. Rockstroh: HIV 2010; p. 629-635

NCHADS: National HIV clinical management guidelines for Adults and Adolescents. 4th Revision 2015; p. 164-168

Baggaley R, White R and Boilly M. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. International Journal of Epi 2010;39:1064-5.

Grulich AE et al. HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. 2015 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2015), February 23-26 2015, Seattle. Late breaker poster 1019 LB. http://www.croiconference.org/sessions/hiv-transmission-male-serodiscordant-couples-australia-thailand-and-brazil.

Safran SA, Mayer KH, Ou SS, et al. Adherence to early antiretroviral therapy: Results from HPTN 052, a phase III, multinational randomized trial of ART to prevent HIV-1 sexual transmission in serodiscordant couples. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Jun 1;69(2):234-40.

Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy.JAMA. 2016;316(2):171-181.

https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/using-hiv-medication-to-reduce-risk/post-exposure-prophylaxis.

National Guidelines on Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia, 4th Edition August 2016.

National technical guidelines on antiretroviral treatment of National AIDS Control Programme Care Support and Treatment Services (Ministry of Health, government of INDIA), October 2018.

Supported by

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

PEPFAR U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

fhi360 THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

LINKAGES Across the Continuum of HIV Services for Key Populations