

**เอกสารรับรองการตรวจและการรับคำปรึกษาทางเลือก
ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564**

1. ชื่อหน่วยบริการปรึกษาทางเลือกเบอร์ติดต่อ.....
รหัสสถานบริการ.....

OC01 OC02 OC03 OC04 OC05 OC06 โปรดระบุ.....

หมายเหตุ รหัสหน่วยบริการ

OC01 สถานบริการภาครัฐ OC02 สถานบริการเอกชน OC03 สายด่วนปรึกษาเอดส์และตั้งครรภ์ไม่พร้อม 1663
OC04 กลุ่มทำทาง OC05 เลิฟแคร์สเตชัน OC06 หน่วยบริการอื่นๆ

2. ข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการ

2.1 ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

รหัสเข้ารับบริการ (HN/CN) (ถ้ามี).....

2.3 วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการครั้งแรก.....

2.4 ที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน อำเภอ.....จังหวัด.....

2.5 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

2.6 สิทธิในการรักษาพยาบาล

หลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ประกันสังคม ข้าราชการ กองทุนแรงงานต่างด้าว

ประกันสุขภาพ อื่นๆ.....

3. ข้อมูลการตั้งครรภ์

3.1 การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่ G..... P..... A

3.2 การตรวจยืนยันการตั้งครรภ์

ตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง Urine Pregnancy Test ตรวจโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

3.3 อายุครรภ์ที่ประเมินเมื่อแรกเข้ารับบริการ.....สัปดาห์ (12 - 20 สัปดาห์)

การนับประจำเดือน การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

4. สภาพปัญหาที่พบจากบริการปรึกษาทางเลือก (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- กำลังอยู่ในระหว่างการศึกษา
- มีประวัติการถูกรังแกด้วยความรุนแรง โดยสามีหรือคนในครอบครัว
- ฝ่ายชายปฏิเสธความรับผิดชอบ ถูกทอดทิ้ง
- ฝ่ายชายหรือคนในครอบครัวบังคับหรือข่มขู่ให้หญิงทำแท้ง
- สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาไม่ดีและมีแนวโน้มแยกทางกัน
- ตั้งครรภ์ขณะใช้สารเสพติด หรือสามีที่ใช้สารเสพติด
- เป็นการตั้งครรภ์ระหว่างอยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือเลิกกันไปแล้ว
- ไม่มีงานทำ ตกงาน
- มีโอกาสออกจากงานหรือไม่ได้งานทำหากตั้งครรภ์
- รายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงบุตรที่จะเกิดมา ครอบครัวยากจน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมา ไม่มีครอบครัว ญาติพี่น้องรองรับ
- ไม่สามารถเปิดเผยการตั้งครรภ์ต่อสังคมหรือครอบครัวได้
- ความช่วยเหลือในการเดินทางและประสานเข้ารับบริการตามทางเลือก

- บริการปรึกษาทางเลือกต่อเนื่อง เพื่อช่วยประคับประคองจิตใจ
- อื่น ๆ ระบุ.....

5. ผลการให้คำปรึกษาวันที่.....

ทางเลือกของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลังรับการศึกษาทางเลือกตั้งครรภ์ไม่พร้อม

- หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา
 - การตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของมารดา
 - ทารกในครรภ์มีความผิดปกติหรือทุพพลภาพอย่างร้ายแรง
 - ถูกข่มขืน กระทำชำเรา
 - หญิงตั้งครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์
 - หญิงตั้งครรภ์อายุเกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์
- หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ไม่เป็นไปตามมาตรา 305 (5)

แห่งประมวลกฎหมายอาญา

- หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการตั้งครรภ์ต่อ
- กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังไม่ได้ข้อสรุป
- กรณีเฉพาะ

ก. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำเป็นต้องมีผู้ปกครองมารับคำปรึกษาร่วมด้วย

ข. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หรือสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม

6. การส่งต่อบริการตามความเหมาะสมและจำเป็น

6.1 การประสานหน่วยงานกรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์

- ประสานส่งต่อไปยังหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์
 - ชื่อหน่วยบริการ.....
 - ชื่อผู้ประสานงาน.....
- ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

6.2 การประสานหน่วยงานเพื่อส่งต่อบริการกรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อ

(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

6.2.1 กระทรวงสาธารณสุข

- การฝากครรภ์ที่มีการดูแลเฝ้าระวัง
- ความช่วยเหลืออื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ชื่อหน่วยงาน.....
- ชื่อผู้ประสานงาน.....
- ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

6.2.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- บ้านพักระหว่างรอคลอด
- การสนับสนุนเงินช่วยเหลือระหว่างรอคลอด
- บ้านพักหลังคลอดบุตร
- สถานที่ฝากเลี้ยงทารกชั่วคราวหลังคลอด

- ครอบครัวอุปถัมภ์ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรชั่วคราว
- การยกมอบบุตรหลังคลอด
- ช่วยประสานงานการขอเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดหลังคลอด
- การสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อการเลี้ยงดูทารก เช่น นมผง ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น
- การสนับสนุนเงินฉุกเฉินในช่วงหลังคลอด
- การสนับสนุนเงินรายเดือนในจำนวนที่เพียงพอต่อความเป็นอยู่และการเลี้ยงดูบุตร
- การคุ้มครองช่วยเหลือทารกที่แม่หรือบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด
- การเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือความรุนแรงในครอบครัวที่อาจเกิดขึ้น
- ความช่วยเหลืออื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

6.2.3 กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

- ความช่วยเหลือให้ได้ศึกษาต่อในช่วงท้องและหลังคลอดโดยไม่ถูกให้ออกจากสถานศึกษา
- ความช่วยเหลืออื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

6.2.4 กระทรวงแรงงาน

- ความช่วยเหลือให้ได้ทำงานต่อในช่วงท้องและหลังคลอดโดยไม่ถูกให้ออกจากที่ทำงาน
- การสนับสนุนอาชีพเพื่อให้หญิงเลี้ยงดูบุตรได้
- ความช่วยเหลืออื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

6.2.5 กระทรวงมหาดไทย

- ความช่วยเหลือในเรื่องการเลี้ยงดูบุตร
- ความช่วยเหลือในเรื่องสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม
- ความช่วยเหลืออื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

6.2.6 กระทรวงยุติธรรม

- ความช่วยเหลือด้านกระบวนการยุติธรรม
- ความช่วยเหลือเรื่องคดีความ ในกรณีการตั้งครม.ไม่พร้อมครั้งนี้เป็นความผิดเกี่ยวกับเพศ
- ความช่วยเหลืออื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

6.2.7 ความช่วยเหลืออื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....

ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการส่งต่อบริการ.....

ลงชื่อ

(.....)

(ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก)

ใบอนุญาตเลขที่.....

วัน/เดือน/ปี.....ที่บันทึก