



แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขประจำตัว 13 หลัก..... สัญชาติ.....
ชื่อสถานศึกษา..... ชั้น/ปี..... ห้อง.....
ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
หมายเลขอรหัสพ่อ (นักเรียน).....

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เรื่องวัคซีนโควิด 19

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ให้ฉีดได้ในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป ณ ปัจจุบัน (9 กันยายน 2564) ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) ซึ่งมีชื่อการค้า คือ Comirnaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็น เอ (mRNA vaccine) ฉีดจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ อาจมีผลข้างเคียง เช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมใต้ลิ้นข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น จากการใช้วัคซีนนี้ในต่างประเทศ พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแต่พบน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศชายวัยหนุ่ม ภายใน 14 วันหลังฉีดวัคซีน โดยอาการบ่งชี้ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรือ ใจสั่น หากมีอาการภายนอกได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที (**กรมจะจัดทำข้อความรู้ในรูปแบบ infographic ร่วมด้วย**)

ส่วนที่ 2 : ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 19

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล..... หมายเลขอรหัสพ่อ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจ

ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 1- 6 หรือ เที่ยบเท่า

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล(นักเรียน) ภาษาไทย.....ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ.....

เลขประจำตัว 13 หลัก..... สัญชาติ..... อายุ..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์(นักเรียน).....

น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. ความดันโลหิต..... mm/Hg ชีพจร..... ครั้ง/นาที รอบเอว..... ซม อุณหภูมิ..... CC

บุหรี่ () สูบ () ไม่สูบ สุรา () ดื่ม () ไม่ดื่ม สิทธิการรักษา..... โรคประจำตัว.....

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องวางแผนตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1.	นักเรียนมีอายุน้อยกว่า 12 ปี	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2.	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือ มีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน หรือ แพ้ยาอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3.	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายในช่วง 10 วัน - 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4.	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ อาการเกี่ยวกับสมอง โรคทางระบบประสาท เจ็บหน้าอัก หอบ เหนื่อย ใจสั่น และ โรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้น แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่า ให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5.	นักเรียนอยู่ระหว่างดึงครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ หรือ ให้นมบุตร	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6.	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาล หรือ เพ่งออกจากการพยาบาลมา 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7.	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายๆ เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียที่กล้ามเนื้อ เป็นต้น (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8.	นักเรียนได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วัน หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
9.	นักเรียนเคยได้รับการถ่ายเลือด พลasmapheresis จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
10.	ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยา กดภูมิคุ้มกัน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
11.	มีภาวะเลือดออกง่าย หรือ หยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
12.	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือคุลINARYทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีน 19)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

หมายเหตุ : หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบปั่นรุนแรง หรือไม่มีอาการไม่ได้หลังจากฉีดวัคซีนโควิด เช่นที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์เพรร์รบาทดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมตัวร้อนที่ฉีดวัคซีนบน

หากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบเข้ากับผลข้างเคียงเดียวกัน โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นจริง โดยข้าพเจ้า

(.....) ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19 (.....) ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับบริการ/นักเรียน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ผู้รับบริการ/นักเรียนโดยชอบธรรม

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)