



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

- | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2 | คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3 | คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4 | คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5 | คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6 | คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 7 | คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 8 | ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 9 | มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกิดเลือดดำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 10 | คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 11 | คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ ทานวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังจากได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ ทานวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมน้ำลายข้างที่ฉีดบวม

หากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับบริการ/

ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี)

การประเมินภาวะสุขภาพผู้ขอรับบริการวัคซีนโควิด 19
สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

1. คุณอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่หรือไม่?
ถ้าใช่: ห้ามฉีดวัคซีน
2. คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง
ถ้าใช่: ห้ามฉีดวัคซีน
3. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา
ถ้าใช่: ห้ามฉีดวัคซีน
4. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา
ถ้าใช่: ห้ามฉีดวัคซีน และแนะนำให้มารับวัคซีนโควิด 19 หลังจากการติดเชื้ออย่างน้อย 3 เดือน
5. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น
ถ้าใช่: ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์
6. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ
ถ้าใช่: ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์
7. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์หรือไม่?
ถ้าใช่: ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์
8. ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ รับประทานภูมิคุ้มกัน
ถ้าใช่: โปรดปรึกษาแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อพิจารณาก่อนฉีดวัคซีน
9. คุณมีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกิดเลือดดำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด
ถ้าใช่: โปรดปรึกษาแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อพิจารณาก่อนฉีดวัคซีน
10. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน
ถ้าใช่: ให้เลื่อนการรับวัคซีนออกไปก่อน และโปรดปรึกษาแพทย์
11. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น
ถ้าใช่: หากมีไข้หรือเจ็บป่วยควรเลื่อนการรับวัคซีนไปก่อน กรณีเป็นหวัดเล็กน้อยไม่มีไข้สามารถรับวัคซีนได้ หรือ โปรดปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาก่อนฉีดวัคซีน

* ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นวัคซีนชนิดใหม่ ยังมีข้อมูลและผลการศึกษาที่จำกัด ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ จึงขอให้เจ้าหน้าที่ติดตามข้อมูลและคำแนะนำการใช้วัคซีนอย่างใกล้ชิด

ติด Label

ประวัติหลังการฉีดวัคซีน

HN..... ชื่อ นามสกุล.....

เบอร์โทรมือถือผู้รับวัคซีน.....

ภายหลังการฉีดวัคซีน มีอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์ หรือไม่

ไม่เกิดอาการ

เกิดอาการ

1.ปวด บวม แดง ร้อน คัน ณ บริเวณที่ฉีด (Injection site reaction)

2.ไข้ (Fever)

3.ปวดศีรษะ (Headache)

4.เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Fatigue)

5.ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia)

6.คลื่นไส้ (Nausea)

7.อาเจียน (Vomiting)

8.ท้องเสีย (Diarrhea)

9.ผื่น (rash) เช่น ผื่นแดง ผื่นคัน ผื่นลมพิษขึ้นตามตัว

10.บวม (Edema) เช่น หน้าบวม คอบวม บวมทั่วร่างกาย

11.ปวดข้อ* (Joint pain) ปวดเมื่อยตามตัว* ไม่สลายตัว*

12.หน้ามืด (Faint) หมดสติ (Unconscious)

13.แน่นหน้าอก (Chest tightness) หายใจไม่สะดวก (Shortness of breath)

14.ใจสั่น (Palpitations)

15.กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Muscle weakness)

16.หน้าเบี้ยว (Facial paralysis, Facial palsy)

17.ชัก (Seizures) หรือ ชักร่วมกับมีไข้

18.อาการอื่นๆ โปรดระบุ.....

สัญญาณชีพ

อุณหภูมิร่างกาย =..... องศาเซลเซียส

ความดันโลหิต =...../..... mmHg ชีพจร =...../min

**หมายเหตุ : กรุณา Add official line “หมอพร้อม” และลงทะเบียน

(ID Line : @475ptmfj)

หมอ
พร้อม



LINE Official Account

Add ได้ทั้ง iOS และ Android