



# ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก

เข็มที่.....

โรงพยาบาลนครปฐม.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2564...

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/น.ส.)..... เลขบัตร ปชช. □-□□□□-□□□□□-□□-□

เบอร์โทรศัพท์ □□□-□□□-□□□□ เป็นผู้ปกครอง(ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.).....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน น้ำหนัก..... กิโลกรัม

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

## กรุณาตอบข้อมูลของ ผู้ที่จะฉีดวัคซีน โดยเติมคำ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

- 1 เคยมีประวัติแพ้วัคซีนรุนแรง หรือ แพ้ยา .....  ไม่มี
- 2 ได้รับการถ่ายเลือด/ส่วนประกอบของเลือด/ยาต้านไวรัส/แอนติบอดีภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 3 ได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 4 มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 5 มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ รับประทานภูมิคุ้มกัน  ใช่  ไม่ใช่
- 6 มีเลือดออกง่ายหยุดยาก/เกล็ดเลือดต่ำ/การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ/กินยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
- 7 มีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่

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

ดังนั้นท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

### หากคุณมีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนรุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิดเป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)

นาย/นาง/น.ส.....

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรประชาชนของเด็กที่จะฉีดวัคซีนมาด้วย 1 ใบ พร้อมให้ผู้ปกครองเขียนว่า "ยินยอมให้ฉีดวัคซีนเด็ก" และลงนามให้เรียบร้อย

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรณารอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1. นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
2. นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด19ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
3. นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
4. นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
5. นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
6. นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
7. นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
8. นักเรียนได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9. นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือ บุคลากรทางแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่

หมายเหตุ : หากนักเรียน/นักศึกษา ในสถานบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อม  
กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม  
(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน