

แบบคัดกรองและยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 / Consent form for Covid-19 Vaccination

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขบัตรประชาชน ____ - ____ - ____ - ____ - ____

ชื่อ-นามสกุล..... มือถือ.....

ที่อยู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยง

อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส ความดันโลหิต.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
2. คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ใช่ ไม่ใช่
3. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
4. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
5. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
6. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่นๆ ใช่ ไม่ใช่
7. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ ใช่ ไม่ใช่
8. คุณมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ใช่ ไม่ใช่
9. คุณมีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกิดเลือดดำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช่ ไม่ใช่
10. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือนอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน ใช่ ไม่ใช่
11. คุณกำลังมีอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาใต้แขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม หากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงนามผู้รับวัคซีน พยาน

(.....) (.....)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผู้รับการฉีดวัคซีน

กลุ่ม 7 โรคเสี่ยง (โปรดเลือกโรคที่ท่านได้รับการวินิจฉัย)

- โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคไตเรื้อรัง
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคเมเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการให้เคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด
- โรคเบาหวาน
- โรคอ้วน ที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- ไม่มี 7 โรคกลุ่มเสี่ยง

Sticker vaccine Lot no. Serial no.

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรับวัคซีน

เข็มที่ 1 2 3

ชนิดวัคซีน Sinopharm AstraZeneca Sinovac Pfizer Moderna

เวลาที่ฉีด.....น. เวลาที่ครบ 30 นาที.....น.

พยาบาลผู้ฉีดวัคซีน..... แพทย์ผู้สั่งฉีดวัคซีน.....

ส่วนที่ 5 อาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนภายใน 30 นาที

4.1 เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่ ไม่เกิด เกิด

4.2 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ

1. ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด (Injection site infection)
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)
10. อาการอื่นๆ เช่น ปวดข้อ ชัก เลือดไม่หยุด ระบุ.....

การรักษา

.....

.....

แพทย์/เภสัชกร..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

ส่วนที่ 6 วันนัดฉีดครั้งต่อไป

วันที่นัดฉีดเข็มที่สอง.....