



## 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 หอบเหนื่อย 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 เลือดไหล不止 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 หนาวสั่น 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 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมน้ำเหลืองข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

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 ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

ถ้าใช่: โปรดปรึกษาแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เพื่อพิจารณาก่อนฉีดวัคซีน

9. คุณมีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

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