

ผู้รับวัคซีน.....

เลขที่บัตรประชาชน อายุ ปี วันที่

ชื่อบริษัท.....เทอร์เรค เซฟตี้ อีควิปเม้นท์ (ประเทศไทย) จำกัด.....อุณหภูมิร่างกาย.....ครบเวลาสังเกตอาการ.....

กรุณาทำเครื่องหมาย✓ ในช่องตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่					
หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่					
รายละเอียด			ใช่	ไม่ใช่	
1	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี				
2	คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)				
3	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา				
4	คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)				
5	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์				
6	คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าคุณสามารถรับวัคซีนได้)				
7	คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)				
8	คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน)				
9	คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือนุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)				

ประเด็นส่งปรึกษาแพทย์

.....
.....

ความเห็นแพทย์

.....
.....
.....

☐ รับวัคซีนได้

☐

ลงนามแพทย์

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ
วัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็น
ความจริง โดยข้าพเจ้า

☐ ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

☐ ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อผู้รับวัคซีน

พยาบาลผู้ฉีดวัคซีน

ครบเวลาสังเกตอาการ

ประเมินหลังครบสังเกตอาการ ☐ อาการปกติ เวลา

☐ อาการผิดปกติ ระบุ

การดูแล

.....

.....