



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 เกล็ดเลือดต่ำ 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 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังจากได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 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)

ซักประวัติก่อนเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด

HN..... ชื่อ นามสกุล.....

เบอร์โทรมือถือผู้รับวัคซีน.....

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

 ไม่มี มี

- โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืดที่ควบคุมได้ไม่ดี
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคไตเรื้อรังระยะ 5
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วย เคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด
- โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
- โรคอ้วน (BMI > 35)
- โรคอื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้อมูลซักประวัติก่อนเข้ารับบริการ

 ไม่มี มี

- เคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือส่วนประกอบของวัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ แพ้อาหาร
โปรดระบุ.....
- เคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน
ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา
- ได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา
- มีโรคประจำตัวที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น
- มีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ
- อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์
- มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
- มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยา
ต้านการแข็งตัวของเลือด
- มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน
- กำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

สัญญาณชีพ

อุณหภูมิร่างกาย =.....องศาเซลเซียส

ความดันโลหิต =...../..... mmHg

ชีพจร =...../min

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* ไม่สบายตัว*
- 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 pulsy)
- 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)

