

วันที่ ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๔

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

กรุณากำหนดเครื่องหมาย / ในช่องตามความเป็นจริง หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี	☐	☐
2. คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง	☐	☐
3. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด 輸血 ผลัดกันหรือจากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาด้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา	☐	☐
4. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา	☐	☐
5. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยใจสั่น เป็นต้น	☐	☐
6. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ	☐	☐
7. คุณอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ หรือ รับประทาน/ฉีดยาคุมกำเนิด หรือ มีประจำเดือน	☐	☐
8. ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือได้รับยาต้านไวรัส	☐	☐
9. มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกิดเลือดคั่ง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (สามารถคุม INR $\leq$ 3 มาโดยตลอด และ INR $\leq$ 4 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)	☐	☐
10. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและ ออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน	☐	☐
11. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น	☐	☐
12. 12.1 ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาคุณได้รับวัคซีนโรคไข้วัดใหญ่	☐	☐
12.2 หากได้รับวัคซีนพิษสุนัขบ้าหรือบาดทะยัก ให้เว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่หากมีความจำเป็นต้องฉีดก็สามารถฉีดได้	☐	☐

ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม และให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่านแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ และมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ล้างมือบ่อยๆ เข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด-19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดงบริเวณที่ฉีด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน คอแดงแดงข้างที่ฉีดวัคซีน

หากคุณมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19เป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงโดยข้าพเจ้า

☐ ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19☐ ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19

ลงชื่อ..... (.....) ผู้รับบริการวัคซีนหรือผู้แทนโดยชอบธรรม	ลงชื่อ..... (.....) ผู้ให้บริการ/ฉีดวัคซีน	ลงชื่อ..... (.....) พยาน(ถ้ามี)
--	--	---------------------------------------