

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19



หน่วยบริการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

เบอร์โทรศัพท์ ..... ที่อยู่ .....

**กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง**

- 1 คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- 2 คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)  ใช่  ไม่ใช่
- 3 คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 4 คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำ ได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)  ใช่  ไม่ใช่
- 5 คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์  ใช่  ไม่ใช่
- 6 คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)  ใช่  ไม่ใช่
- 7 คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)  ใช่  ไม่ใช่
- 8 คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วัน หรือไม่ คุณได้รับวัคซีนหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือนหรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน )  ใช่  ไม่ใช่
- 9 คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้คำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)  ใช่  ไม่ใช่

วัคซีน มีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกาย จึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค 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.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ

(.....) ผู้รับบริการ/

ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี)

(.....) พยาน (ถ้ามี)



เอกสารผู้เข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 (โรงพยาบาล.....)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เข้ารับบริการฉีดวัคซีน วันที่ .....เวลา.....

--

จุดที่	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ข้อมูลสำคัญ	เวลา	ลายเซ็นผู้ปฏิบัติ
1	ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน วัดไข้ด้วยตนเองก่อนเริ่มลงทะเบียน ลงทะเบียน ตรวจสอบคิวการจองวัคซีน ออกสตีกเกอร์ส่งใบหน้านำทางให้เข้ารับการฉีดวัคซีน	BT = ..... C ใบแสดงลำดับคิวที่.....		เจ้าหน้าที่.....
2	ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลในระบบ ชักประวัติ ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน หากมีความเสี่ยงส่งให้แพทย์ประเมินต่อ ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนลงนามในใบยินยอม	BW= .....Kg BP...../..... mm.Hg PR .....bpm มี /ไม่มี ความเสี่ยง สามารถ / ไม่สามารถฉีดได้		พยาบาล.....
3.	ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน นั่งรอรับการฉีดในบริเวณที่จัดไว้			
4.	ผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน ส่งเอกสารและฉีดยังจุดที่กำหนด	Serial No..... Lot no ..... Expired date.....	เวลาที่ฉีด ..... น.	เภสัชกร..... พยาบาล.....
5.	นั่งพักรอ 30 นาที เพื่อสังเกตอาการ ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ภายหลังฉีดวัคซีน สแกนไลน์หมอพร้อม	อาการข้างเคียง .....	เวลาออก ..... น.	เภสัชกร.....
6.	ออกใบนัดสำหรับการฉีดวัคซีนครั้งที่ 2			เจ้าหน้าที่.....

## การเตรียมตัว ก่อน-หลัง ฉีดวัคซีนโควิด 19

### ก่อนฉีด

- ไม่อดนอน กลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- งด ชา กาแฟ หรือของที่มีคาเฟอีน เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ถ้ามีไข้ หรือเจ็บป่วย ให้เลื่อนการฉีดออกไปก่อน
- งดออกกำลังกายหนัก ก่อน ฉีด 2 วัน
- ควรดื่มน้ำอย่างน้อย 500 - 1,000 cc
- ไม่กินยาแก้ไอหรือยาแก้ปวด
- สวมใส่เสื้อผ้าที่สะดวกในการฉีดวัคซีน เช่น เสื้อยืดแขนสั้น เป็นต้น
- กรอกเอกสารคัดกรองและใบยินยอมรับบริการ ฉีดวัคซีนโควิด 19
- ในวันที่ฉีดวัคซีน ให้นำบัตรประชาชนติดตัวไปด้วย

### หลังฉีด

**สังเกตอาการข้างเคียง ประมาณ 30 นาที**

- งดใช้แขนข้างที่ฉีดหรือ ยกของหนัก 2 วัน
- ถ้ามีไข้ หรือ ปวดเมื่อยมาก สามารถรับประทาน ยาพาราเซตามอล ขนาด 500 มก. ครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันครั้งละ 6 ชั่วโมง
- ประเมินอาการตัวเองต่อเนื่อง 48 - 72 ชั่วโมง
- กรณีมีอาการผิดปกติรุนแรง โทร 1669 หรือ รีบไปโรงพยาบาลทันที

**เข้ารับการฉีดวัคซีน เข็มที่ 2 ตามนัด**