

เช็คประวัติ MOPH IC แล้ว

OneStop

Vaccine

Update Moph IC

## เจาะช่องว่างบัตรประชาชน

น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....

ความดันครั้งที่ 1 ...../.....

ความดันครั้งที่ 2 ...../.....

อุณหภูมิ..... องศา Pulse..... RR.....

เข็มที่

สถานที่ฉีด.....

วันที่...../...../.....

### แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 – 18 ปี)

**คำชี้แจง** ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่

|   |   |                           |                              |
|---|---|---------------------------|------------------------------|
| 1 | นักเรียนมีอายุน้อยกว่า 12 ปี  | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 2 | นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)  | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 3 | นักเรียนได้ตรวจพบโควิด 19 ภายใน 1 เดือน   | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 4 | นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินระบบประสาท และโรคอื่นๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มิโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 5 | นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์   | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 6 | นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)  | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 7 | นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)   | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 8 | นักเรียนได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่  | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |
| 9 | นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)  | <input type="radio"/> ใช่ | <input type="radio"/> ไม่ใช่ |

### ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 19 (สำหรับผู้ปกครอง)

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....

ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า  ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจ

ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....