

OneStop Vaccine Update Moph IC

ชื่อนักเรียน.....
วันเกิด.....
อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
เลขบัตรประชาชน.....
โรงเรียน.....
ชั้น.....ห้อง.....

น้ำหนัก.....	ส่วนสูง.....
ความดันครั้งที่ 1	/.....
ความดันครั้งที่ 2	/.....
อุณหภูมิ.....	องศา Pulse.....RR.....
เข็มที่ 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
สถานที่ฉีด.....	
วันที่.....	/...../.....

แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 5 - 11 ปี)

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรณารอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุ 5 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> 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...../...../.....