



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลห้วยพลู จ.นครปฐม

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี วันเดือนปีเกิด.....

เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่.....

วันนัดฉีด.....

รอบ..... เวลา

กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
2. คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง
โปรตีนไข่ (ถ้ามี)..... ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
3. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ
แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
4. คุณได้รับตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
5. คุณมีโรคประจำตัวที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เบาหวาน ไขมันสูง ใจสั่น เป็นต้น ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
6. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือระบบประสาทอื่นๆ ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
7. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
8. ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
9. คุณมีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
10. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือนอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วันที่ผ่านมา ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
11. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ หรือปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ☐ใช่ ☐ไม่ใช่
12. คุณมีประวัติฉีดวัคซีนอื่นๆ ภายใน 1 เดือน ระบุ (ถ้ามี เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่)..... ☐ใช่ ☐ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการไม่ได้ 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 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม แดง รอยแดงบริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้รวงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

☐ ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด

☐ ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด เนื่องจาก (ระบุ).....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ

(.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

สำหรับเจ้าหน้าที่ ณ จุดฉีดวัคซีน: วันที่ฉีด.....

1. ออณหภูมิ องศาเซลเซียส

เวลาที่ฉีด..... น.

2. น้ำหนัก กก. ส่วนสูง..... ซม.

เวลาครบสังเกตอาการ น.

3. ความดันโลหิต/..... มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

ผู้ฉีด

ติด Sticker Lot/serial No.

เตรียมตัวให้พร้อมก่อนรับวัคซีน

1. เข้าไลน์>เพิ่มเพื่อนโดยสแกน QR code หมอพร้อม>เมื่อเพิ่มเพื่อนแล้วจะมีหน้าต่างแชทขึ้นมา >กดลงทะเบียน
2. อ่านข้อตกลงและกด “ยอมรับ” จากนั้นกรอกข้อมูลและกดยืนยัน สามารถลงทะเบียนเพิ่มให้คนในครอบครัวได้



AztraZeneca

หมายเลขบัตรประชาชน.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....

การคัดแยกกลุ่มผู้ฉีดวัคซีน

๑. ☐ อสม.

๒. ☐ เจ้าหน้าที่ด้านหน้า

๓. ☐ ประชาชนที่เป็นโรคกลุ่มเสี่ยง ๗ โรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

☐ โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด ☐ โรคไตวายเรื้อรัง

☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ โรคเมะเร็งทุกชนิดระหว่างการรักษา

☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคอ้วน

๔. ☐ ผู้สูงอายุ

๕. ☐ ประชาชนทั่วไป

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....ค่า BMI.....