เอกสารประกอบการรับวัคซีน Covid-19 อำเภอสามพราน โดยความร่วมมือ 3 โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

โรงพยาบาลสามพราน
สสจ.นครปฐม กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) VN
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ-สกุล ..... เบอร์มือถือ ..... บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ HN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ วันเดือนปีเกิด ...../...../.....

น้ำหนัก _____กก. ส่วนสูง _____ซม. อุณหภูมิ _____ความดันโลหิต_____/_____mmHg ชีพจร_____ครั้ง/นาที หายใจ_____ครั้ง/นาที

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยง กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามความจริงที่ท่านเป็น/ที่ทำงาน ต.บางเตย อ.สามพราน นครปฐม

1	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5	คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6	คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8	คุณมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9	คุณมีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
10	คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
11	คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
12	คุณได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ หรือวัคซีนชนิดอื่น มาก่อนหน้านี้ภายใน 1 เดือน เมื่อวันที่.....	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิกันโรค โดยอาการข้างเคียงจาก การฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน ต่อมน้ำเหลืองใต้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม หากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใด ๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน โควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

☐ ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19	☐ ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงนามผู้รับวัคซีน .....

(.....)

แพทย์ผู้ฉีดวัคซีน ..... พยาน ..... เจ้าหน้าที่คัดกรอง

(.....) (.....)

เอกสารประกอบการรับวัคซีน Covid-19 อำเภอสามพราน โดยความร่วมมือ 3 โรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

โรงพยาบาลสามพราน
สสจ.นครปฐม กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) VN
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ-สกุล ..... เบอร์มือถือ ..... บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ HN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ส่วนที่ 3 – 5 สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับวัคซีน

เข็มที่ ☐ 1 ☐ 2

Vaccine Astrazeneca
Lot .....
Serial.....
Expired Dated.....
ขวดที่.....
คนที่.....

ติดสติ๊กเกอร์วัคซีน

เวลาที่ฉีด

_____พยาบาลผู้ฉีดวัคซีน
_____เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

เวลาที่จำหน่าย

ส่วนที่ 4 อาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนภายใน 30 นาที

4.1 เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่ ☐ ไม่เกิด ☐ เกิด

4.2 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ

☐ 1.ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด (Injection site reaction)
☐ 2.ไข้ (Fever)
☐ 3.ปวดศีรษะ (Headache)
☐ 4.เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Fatigue)
☐ 5.ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia)
☐ 6.คลื่นไส้ (Nausea)
☐ 7.อาเจียน (Vomiting)
☐ 8.ท้องเสีย (Diarrhea)
☐ 9.ผื่น (Rash)
☐ 10.อาการอื่น ๆ เช่น ปวดข้อ ชัก เลือดไหลไม่หยุด โปรดระบุ.....

_____พยาบาลสังเกตอาการ
_____เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

การรักษา _____

_____

_____

_____แพทย์
_____เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

ส่วนที่ 5 วันนัดฉีดครั้งต่อไป

วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่สอง _____

_____ผู้ออกบัตรนัด