แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลนครชัยศรี จ.นครปฐม

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

เบอร์โทรศัพท์ ....ที่อยู่...

วันนัดฉีด............................
รอบ.......... เวลา ....น.

กรุณาทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องว่างตามความเป็นจริง

1.	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี	☐ใช่	☐ไม่ใช่
2.	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง โปรดระบุ (ถ้ามี)..	☐ใช่	☐ไม่ใช่
3.	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือแอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา	☐ใช่	☐ไม่ใช่
4.	คุณได้รับตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา	☐ใช่	☐ไม่ใช่
5.	คุณมีโรคประจำตัวที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ 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)...	☐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 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม แดง รอยแดงบริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมใต้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

☐ **ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด**	☐ **ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด** เนื่องจาก (ระบุ)...
ลงชื่อ...	ลงชื่อ...
(...) ผู้ให้บริการ	(...) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำแทน

สำหรับเจ้าหน้าที่ ณ จุดฉีดวัคซีน: วันที่ฉีดยา..

1. อุณหภูมิ .... องศาเซลเซียส	เวลาที่ฉีดยา .... น.	ติด Sticker Lot/serial No.
2. น้ำหนัก .... กก. ส่วนสูง................. ซม.	เวลาครบสังเกตอาการ .... น.	
3. ความดันโลหิต ..../.......... มม.ปรอท ชีพจร .... ครั้ง/นาที	ผู้ฉีด	

เตรียมตัวให้พร้อมก่อนรับวัคซีน

1. เข้าไลน์>เพิ่มเพื่อนโดยแสกน QR code **หมอพร้อม**>เมื่อเพิ่มเพื่อนแล้วจะมีหน้าต่างแชทขึ้นมา >กดลงทะเบียน
2. อ่านข้อตกลงและกด **"ยอมรับ"** จากนั้นกรอกข้อมูลและกดยืนยัน สามารถลงทะเบียนเพิ่มให้คนในครอบครัวได้

หมอพร้อม

Aztrazeneca