

# แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการวัคซีนโควิด-19



## โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ชื่อ	
นามสกุล	
วันที่เกิด	
เวลาที่ฉีด	น.
ครบ 30 นาที	น.

วันที่ฉีด..... HN..... VN..... สติ๊กเกอร์วัคซีน

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปี เกิด..... เลขบัตรประชาชน.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. รอบเอว.....ซม. BP (1)...../.....mmHg. (2)...../..... mmHg. P...../min R...../min

อุณหภูมิ.....°C โรคประจำตัว..... รักษาที่ รพศ./รพ.สต..... คลินิก.....

ที่อยู่..... ถนน..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

<ul style="list-style-type: none"> <li>• กรุณาทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง ตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่</li> <li>• หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่</li> </ul>		ใช่	ไม่ใช่
1	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี		
2	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้อาหาร หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง		
3	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา		
4	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา		
5	คุณมีโรคประจำตัวที่มีอาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น		
6	คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่นๆ		
7	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์		
8	ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน		
9	ผู้ที่มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกร็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด		
10	คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน		
11	คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น		

**ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม และให้ข้อมูลที่เป็ความจริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน**

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรค แบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 ประมาณ 10 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 รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้่วงแขนข้างข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากท่านมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19  ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) แพทย์ผู้ให้บริการ (.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ (.....) พยาน (ถ้ามี)

สถานีให้บริการวัคซีน COVID-19 โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

สถานีให้บริการ		ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ ประจำสถานี
สถานีที่ 1	ลงทะเบียน	
สถานีที่ 2	บันทึกผลการตรวจสมรรถนะร่างกาย	
สถานีที่ 3	พบแพทย์	
สถานีที่ 4	ฉีดวัคซีนโควิด-19, บันทึกการรับวัคซีน	
สถานีที่ 5	พักสังเกตอาการ 30 นาที	
สถานีที่ 6	สแกนไลน์หมอพร้อม/ลงทะเบียน MOPH IC	
สถานีที่ 7	นัดหมายการฉีดเข็มต่อไป	

\* หมายเหตุ ผู้เข้ารับบริการฉีดวัคซีน COVID-19 ต้องผ่านสถานีให้บริการทุกจุด








# บัตรนัดรับวัคซีนโควิด-19

## โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ข้อมูล ผู้รับบริการ	ชื่อ-นามสกุล.....											
	เพศ..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....											
ประวัติการ ได้รับ วัคซีน / วันนัดรับ วัคซีน	หมายเลขบัตรประชาชน/พาสปอร์ต.....										สถานพยาบาล  รพ.อุตรดิตถ์	
	หมายเลข HN.....											ลายมือ เจ้าหน้าที่
	เข็มที่	วันนัดรับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี)	เวลา	วันที่รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี)	เวลา	ชื่อการค้าวัคซีน	รุ่นการผลิต (Lot No.)	รพ.อุตรดิตถ์				
	เข็มที่ 1		น.	น.	น.		รพ.อุตรดิตถ์					
เข็มที่ 2		น.	น.	น.		รพ.อุตรดิตถ์						



LINE Official Account  
Add 1476 iOS 148 Android

เข็มที่ 1 ครบ 30 นาทีหลังฉีด เวลา ..... น.

เข็มที่ 2 ครบ 30 นาทีหลังฉีด เวลา ..... น.