



แบบคัดกรองและใบยินยอมก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับ  
นักเรียน / นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า  
หน่วยบริการ โรงพยาบาลพิมาย

สำหรับสแกนตู้เปิดบัตร

กรุณาติดต่อห้องบัตร

วันที่..... ช่วงเวลา..... วัคซีน..... เข็มที่.....

ประเภท.....

กลุ่ม..... HN.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เบอร์โทร..... ที่อยู่.....

โรคประจำตัว..... เลขบัตรประชาชน.....

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรณารอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียน / นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1. นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด สำหรับ นักเรียน/นักศึกษาชาย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> อายุ 12-15 ปี (15 ปี 11 เดือน 29 วัน) *** ฉีดวัคซีน 1 เข็มเท่านั้น *** <input type="checkbox"/> อายุ 16-17 ปี (17 ปี 11 เดือน 29 วัน) “ฉีดวัคซีน 2 เข็ม (ต้องนัดฉีดเข็มที่ 2)”
2. นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด-19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด-19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีด ครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด-19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมิน แล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนได้รับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. นักเรียนได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
9. นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด-19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด-19)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

หมายเหตุ : หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้ พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม โดยเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

แบบบันทึกการรับบริการ (สำหรับเจ้าหน้าที่ในวันรับบริการ)

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. T.....

P..... R..... BP.....mmHg

จุดบริการ

ลงชื่อผู้ปฏิบัติ

ติดสติ๊กเกอร์วัคซีน

ลงทะเบียน ชักประวัติ

ฉีดวัคซีน

ฉีดเวลา.....น. ครบสังเกตอาการ.....น.

ประเมินอาการก่อนกลับบ้าน

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน