

ASTRA SinoPharm ประชาชน SinoPharm (บริษัท)

SINOVAC SinoPharm โรงพยาบาล เข็ม 1 เข็ม 2



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการวัคซีนโควิด 19

สถานที่ฉีด โรงพยาบาลพริ้นซ์ สุวรรณภูมิ

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เบอร์โทรศัพท์.....

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

เบอร์ติดต่อฉุกเฉิน

กรุณาทำเครื่องหมาย✓ ในช่องตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่ หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่

| รายละเอียด | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|------------|---|-----|--------|
| 1 | คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี | | |
| 2 | คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีน โควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีน โควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีน โควิด 19 ชนิดอื่นแทน) | | |
| 3 | คุณได้ตรวจพบเชื้อ โควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา | | |
| 4 | คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) | | |
| 5 | คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ | | |
| 6 | คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้) | | |
| 7 | คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน) | | |
| 8 | คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกัน โควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน) | | |
| 9 | คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีน โควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือนุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีน โควิด 19) | | |

ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม และ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ท่านจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีน โควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้ออ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วางแผนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น

หากคุณมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงโดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ฉีดวัคซีน

เวลาฉีดวัคซีน น.

| |
|---|
| V/S แรกเริ่ม เวลา น. ผู้วัด |
| Temp. R..... P..... BP...../..... O ₂ Sat.....% |
| วัดซ้ำ เวลา น. P BP...../..... |

| |
|--|
| V/S หลังฉีด เวลา น. ผู้วัด |
| P..... BP...../..... |
| วัดซ้ำ เวลา..... น. P..... BP...../..... |

ติดสติ๊กเกอร์ วัคซีน