

ภาคผนวกที่ 4 แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 - 17 ปี)



แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 - 17 ปี)

ชื่อ-นามสกุล(นักเรียน).....อายุ.....ปีวัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เลขประจำตัว 13 หลัก.....สัญชาติ.....  
ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....  
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์(นักเรียน).....

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เรื่องวัคซีนโควิด 19

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ล้างมือเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยให้ฉีดได้ในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป ณ ปัจจุบัน (9 กันยายน 2564) ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) ซึ่งมีชื่อการค้าคือ comimaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA Vaccine) ฉีดจำนวน 2 ครั้งห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีดวัคซีน ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไคเวียงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น

จากการใช้วัคซีนนี้ในต่างประเทศ พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแต่พบน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศชายวัยหนุ่ม ภายใน 14 วันหลังฉีดวัคซีนโดยอาการบ่งชี้ เช่น อาการเจ็บหน้าอก หายใจสั้น หรือ ใจสั่น หากมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที (กรมจะจัดทำข้อความในรูปแบบ Infographic ร่วมด้วย)

ส่วนที่ 2 : ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 19

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์(ผู้ปกครอง).....

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า  ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจ  ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง-ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวัคซีนโควิด