ศูนย์บริการวัคซีน
Chula Covid-19 Vaccine Program

กรุณาพิมพ์หน้า-หลังให้อยู่ในแผ่นเดียวกัน

**1**

# แบบแสดงความยินยอมและลงข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมการฉีดวัคซีน**

ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ..... ปี

เลขบัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ โทรศัพท์มือถือ .....

น้ำหนัก .....กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพของฉีดวัคซีน** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

| | | |
|---|---|---|
| 1. คุณอายุต่ำกว่า 18 ปี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. คุณมีประวัติการแพ้วัคซีนใด หรือ แพ้ยาอย่างรุนแรง | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ < 12 สัปดาห์ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. คุณได้รับวัคซีนอื่นๆ มา ภายใน 14 วัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. คุณมีความเจ็บป่วยใดๆ ที่ต้องอยู่ รพ. ก่อนหน้านี้ 14 วัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. คุณมีประวัติโรคประจำตัว | ☐ ไม่มี | ☐ มี (อาการคงที่) |

**<u>หมายเหตุ</u>** หากมีโรคประจำตัว ดังต่อไปนี้ และได้รับการรักษาต่อเนื่อง อาการคงที่สามารถรับวัคซีนได้

☐ โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด

☐ โรคไตเรื้อรัง ☐ โรคหลอดเลือดสมอง

☐ โรคมะเร็งทุกชนิดอยู่ระหว่างเคมีบำบัด / รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด

☐ โรคที่ได้รับยากดภูมิ ☐ โรคเบาหวาน

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคโควิด 19 ได้ อย่างไรก็ดี ท่านต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร ล้างมือ เป็นต้น หลังจากได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 นี้ อาจมีอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ปวดศีรษะโดยแนะนำให้รับประทานพาราเซตามอล ทุก 4-6 ชั่วโมง และหากมีอาการผิดปกติรุนแรงให้ปรึกษาแพทย์พยาบาลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า **☐ ยินยอมฉีดวัคซีนโดยความสมัครใจ** **☐ ไม่ยินยอมฉีดวัคซีน**

**ลงชื่อ ..... ผู้รับบริการ / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน**

**(.....)**

**วันที่ .....**

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลสุขภาพในวันฉีดวัคซีน โดยบุคลากรทางการแพทย์**

**จุดที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ ณ วันรับวัคซีน**

ความดันโลหิต...../..... (หากสูงกว่า 160/100 ขอให้นั่งพัก 10 นาที เพื่อวัดซ้ำ) ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

อุณหภูมิ ..... องศาเซลเซียส (หากสูงกว่า 37.5 ขอให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ลงทะเบียน ก่อนเข้าบริการรับวัคซีน)

**จุดที่ 2 ลงทะเบียน**

**จุดที่ 3 คัดกรองสุขภาพ (เฉพาะกรณีมีโรคประจำตัว หรือ ต้องการคำปรึกษา)**

..... ..... ..... ..... .....

..... ..... ..... ..... .....

☐ สามารถรับวัคซีนได้ ☐ เลื่อนการรับวัคซีน

ลงชื่อ ..... ผู้คัดกรอง (แพทย์/พยาบาล)

**จุดที่ 4 ฉีดวัคซีน** รายละเอียดการฉีดวัคซีน

ได้รับวัคซีน ☐ Oxford/AstraZeneca COVID-19 vaccine ผู้ผลิต: AstraZeneca

☐ CoronaVac (Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine) ผู้ผลิต: Sinovac

ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน ☐ ซ้าย ☐ ขวา

เวลาฉีด ..... เวลาครบ (30 นาที) .....

ตำแหน่ง ติดสติกเกอร์
Lot/Serial no. วัคซีน

ตำแหน่งติดสติกเกอร์
รหัส พยาบาล ผู้ฉีด

**จุดที่ 5 ลง Application หมอพร้อม** ☐ เรียบร้อย

**จุดที่ 6 สังเกตอาการหลังรับวัคซีน**

☐ ปกติ

☐ มีอาการ .....

(ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ประจำจุด เพื่อตรวจประเมิน)

**จุดที่ 7 คืนแบบฉีดวัคซีน** เพื่อสแกน นำเข้าระบบ ☐ เรียบร้อย