



รับวัคซีน ครั้งแรกวันที่ .....

## ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล ..... เลขบัตรประชาชน .....

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

รหัสCID 13 หลัก(สำหรับต่างดาว)             

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ และช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ทั้งนี้ภูมิคุ้มกันจะเกิดขึ้น หลังจากได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดังนั้น ท่านจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่าง ล้างมือ เป็นต้น วัคซีนป้องกันโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียง เช่น ไข้ ปวด บวม แดง ร้อน ปวดศีรษะ ง่วงเพลียใน 48 ชั่วโมงแรก หลังฉีด อาการเหล่านี้จะหายได้เอง แต่หากท่านมีอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ซา อ่อนแรง ให้ปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 แล้ว โดยข้าพเจ้า

 ยินยอมฉีดวัคซีนโดยความสมัครใจ  ไม่ยินยอมฉีดวัคซีน

ลงชื่อ ..... ผู้รับบริการ / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

(.....) วันที่ .....

## ข้อมูลสุขภาพในวันฉีดวัคซีน

## จุดที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ ณ วันรับวัคซีน

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

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

## จุดที่ 2 ลงทะเบียน

## จุดที่ 3 หลังได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 มีอาการข้างเคียงที่ต้องการปรึกษาแพทย์

 ไม่มี (สามารถไปที่จุด 4 เพื่อรับวัคซีนเข็มสอง )

 มี ระบุอาการ

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

## จุดที่ 4 ฉีดวัคซีน รายละเอียดวัคซีน : CoronaVac (Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine) บริษัทผู้ผลิต: Sinovac

ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน  ซ้าย  ขวา เวลาฉีด.....เวลาครบ (30นาที).....

ตำแหน่ง ติดสติ๊กเกอร์

Lot/Serial no. วัคซีน

ตำแหน่งติดสติ๊กเกอร์

รหัส พยาบาล ผู้ฉีด

## จุดที่ 5 ส่งเอกสารนี้เพื่อนำไปใส่ข้อมูลเข้าระบบ Co-vaccine

 เรียบร้อย