



รับวัคซีน ครั้งแรกวันที่ .....

## ข้อมูลส่วนบุคคล

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

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

รหัส CID 13 หลัก (สำหรับชาวต่างประเทศ) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 ให้ปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 แล้ว โดยข้าพเจ้า

☐ ยินยอมฉีดวัคซีนด้วยความสมัครใจ ☐ ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนลงชื่อ ..... ผู้รับบริการ / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน  
(.....) วันที่ .....

## ข้อมูลสุขภาพในวันฉีดวัคซีน

จุดที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ ณ วันรับวัคซีน

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

จุดที่ 2 ลงทะเบียน

จุดที่ 3 คัดกรองสุขภาพ (เฉพาะกรณีมีโรคประจำตัว หรือ ต้องการคำปรึกษา)

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

จุดที่ 4 ฉีดวัคซีน รายละเอียดวัคซีน : Oxford/AstraZeneca COVID-19 vaccine by AstraZeneca

ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน ☐ ซ้าย ☐ ขวา เวลาฉีด.....ตำแหน่ง ติดสติ๊กเกอร์  
Lot/Serial no. วัคซีนตำแหน่งติดสติ๊กเกอร์  
รหัส พยาบาล ผู้ฉีด

จุดที่ 5 ส่งเอกสารนี้เพื่อนำไปใส่ข้อมูลเข้าระบบ Co-vaccine

☐ เรียบร้อย