



ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้รับบริการ

ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้รับบริการชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)

กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามความจริง

- 1 คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
- คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ ใช่ ไม่ใช่
- 3 คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง ใช่ ไม่ใช่
- 4 คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
- 5 คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน ใช่ ไม่ใช่
- 6 คุณมีโรคประจำตัวที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 7 คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช่ ไม่ใช่
- 8 คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ ใช่ ไม่ใช่
- 9 คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ หรือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 10 คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้นท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเช่นสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างหมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น วัคซีนโควิด19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวมหากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)ผู้ให้บริการ

(.....)ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน

(ถ้ามี) (.....) พยาน (ถ้ามี)

ความดันครั้งที่ 1 แขนขวา/ซ้าย.....P=ครั้งที่ 2 .แขนขวา/ซ้าย..... P= หายใจ.....ครั้ง/นาที

น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง ซม. อุณหภูมิ..... °C จุดที่ 1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8

เริ่มฉีดวัคซีนเวลา.....น พักสังเกตอาการเวลา.....ถึงเวลา.....น.

อาการภายหลังสังเกตอาการ 30 นาที.....

ครั้งที่ฉีดเข็มที่1.....เข็มที่2.....

ชื่อการค้า.(บริษัท.Sinovac , Astra Zeneca)

Lot No..... ขวดที่ฉีด.....