



เข็มที่.....

ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ...โรงพยาบาลนครปฐม..

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..2564...

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ^{XX} ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
 เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้รับบริการชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)
 เกิดวันที่...../...../..... เลขบัตรประชาชน..... เบอร์โทรศัพท์.....
 น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... อุณหภูมิร่างกาย..... ความดันโลหิต.....

กรณำทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

- | | | | |
|----|--|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ หรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2 | คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือสงสัยจะตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3 | คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4 | คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5 | คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6 | คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 7 | คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 8 | คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 9 | คุณมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 10 | คุณมีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 11 | คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

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

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมน้ำเหลืองที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณมีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนรุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ^{XX}.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

(.....) ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี)

(.....) พยาน (ถ้ามี)