



## แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 - 17 ปี)

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
 เลขประจำตัว 13 หลัก..... สัญชาติ.....  
 ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....  
 ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

### ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เรื่องวัคซีนโควิด 19

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการไม่ได้ ผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ล้างมือเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ให้ฉีดได้ในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป ณ ปัจจุบัน (9 กันยายน 2564) ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) ซึ่งชื่อการค้า คือ Comirnaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA Vaccine) ฉีดจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้รวงแขนข้างที่ฉีดบวมวัคซีนบวม เป็นต้น จากการใช้วัคซีนนี้ในต่างประเทศพบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแต่พบน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศชายวัยหนุ่ม ภายใน 14 วัน หลังฉีดวัคซีนโดยอาการบ่งชี้ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจสั้น หรือใจสั่น หากมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที (กรมจะจัดทำข้อความรู้ในรูปแบบ Infographic ร่วมด้วย)

### ส่วนที่ 2 : ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 1

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....  
 ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- ข้าพเจ้า  ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจ  
 ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....  
 และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองนักเรียน/ผู้แทนโดยชอบธรรม  
 (.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน