

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการวัคซีนโควิด 19

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------|
| ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |        |
| เบอร์โทรศัพท์ ..... หมายเลขบัตรประชาชน / Passport.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |        |
| ที่อยู่.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |        |
| <b>กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่ หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | รายละเอียด                                                                                                                                                                                                                                                      | ใช่                                                 | ไม่ใช่ |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี                                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)                                                                                                          |                                                     |        |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา                                                                                                                                                                                                              |                                                     |        |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) |                                                     |        |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์                                                                                                                                                                                                      |                                                     |        |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)                                                                                                                                   |                                                     |        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)                                                                                                                                                                                                          |                                                     |        |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่<br>คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่<br>(ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน)                            |                                                     |        |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19<br>(ขอให้อ่านคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)                                                                                                            |                                                     |        |
| <b>ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม และ ให้ข้อมูลที่จริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |        |
| <p>วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ท่านจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้</p> <p>ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น</p> <p>วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้ออ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้งแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น</p> <p>หากคุณมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที</p> <p><b>ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงโดยข้าพเจ้า</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |        |
| <input type="checkbox"/> ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19 |        |
| ลงชื่อ.....ผู้รับบริการวัคซีนหรือผู้แทนโดยชอบธรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 | ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ                  |        |
| วันที่...../...../.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 | วันที่...../...../.....                             |        |
| อุณหภูมิ.....°C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 | อาการไม่พึงประสงค์หลังการฉีด.....                   |        |
| เวลาที่ฉีด.....น.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 | ผู้ฉีด.....                                         |        |



โรงพยาบาลนครินทร์  
NAKHARIN HOSPITAL

ใบยินยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเภทวัคซีนตัวเลือก ซิโนฟาร์ม (COVILO Sinopharm)  
COVID-19 Vaccine Consent Form, Alternative Vaccine Type (COVILO Sinopharm)

ทำที่.....  
วันที่.....

ข้าพเจ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นางสาว/อื่น ๆ).....อายุ.....ปี เลขที่ประจำตัวประชาชนที่.....ศึกษาอยู่โรงเรียน.....รหัสประจำตัวนักเรียนเลขที่..... รับทราบและยอมรับว่าการจัดหาและให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ เพื่อให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนอื่นเป็นการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นสิทธิที่ข้าพเจ้าพึงได้รับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยอย่างครบถ้วน โดยข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความจำเป็นและประโยชน์ในการฉีดวัคซีน ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและยอมรับเงื่อนไข ดังนี้

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่า วัคซีนโควิด-19 มีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและโอกาสเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามวัคซีนอาจป้องกันการติดเชื้อแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค แต่ข้าพเจ้าทราบว่า อาจยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้

2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า วัคซีนโควิด-19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่อาจพบ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้ออ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียนต่อมไฝว้างแฉกที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 บวมเป็นต้น ตลอดจนอาจมีผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าว ไม่ได้เกิดจากการกระทำโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่อของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า การฉีดวัคซีนนี้ เป็นการฉีดในภาวะฉุกเฉิน เพื่อลดการแพร่ระบาดในสังคมและในประเทศไทย ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนได้ศึกษาเข้าใจถึงผลในเรื่องเกี่ยวเนื่องจากการใช้วัคซีนนี้ในภาวะฉุกเฉินนี้เป็นอย่างดีแล้ว

4. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาให้ความยินยอมในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนตัวเลือก ซิโนฟาร์ม (COVILO Sinopharm) นอกเหนือจากการให้บริการฉีดวัคซีนหลัก ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขจากรัฐเพื่อป้องกันและขจัดโรคติดต่อร้ายแรงโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยขอยืนยันตนในการสละสิทธิการขอรับจัดสรรวัคซีนหลักที่จัดหาโดยรัฐซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบริการแก่ประชาชนโดยมิได้คิดค่าใช้จ่าย และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามิใช่บุคคลผู้ยากไร้หรือผู้ด้อยโอกาส ตามความในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมาตรา ๔๗ แต่อย่างใด

5. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นบุคคลผู้ซึ่งยังมิเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน

6. ข้าพเจ้า ยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขตามเอกสารกำกับยาและข้อบ่งใช้ ตลอดจนปฏิบัติตามความเห็นของแพทย์อย่างเคร่งครัด

ข้าพเจ้าขอยืนยันความประสงค์ และทราบข้อมูลตลอดจนยินยอมรับสิทธิในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประเภทวัคซีนตัวเลือก ซิโนฟาร์ม (COVILO Sinopharm) โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ที่กำหนด ตลอดจนจะติดตามผลการฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามกำหนดนัด โดยเคร่งครัด จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

## หนังสือแสดงความยินยอมผู้ปกครอง

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน  
ที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ต.รอก/ชอย  
.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต  
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์  
.....เป็นผู้ปกครองตามกฎหมายของ.....มีความเกี่ยวพันเป็น  
.....ขอแสดงเจตนาให้ความยินยอมในการให้บุคคลผู้อยู่ภายใต้การปกครองของข้าพเจ้าเข้ารับการฉีดวัคซีน  
ป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยยินยอมให้สละสิทธิการขอรับจัดสรรวัคซีนหลักที่จัดหาโดยรัฐซึ่งมีวัตถุประสงค์  
เพื่อบริการแก่ประชาชนโดยมีคิดค่าใช้จ่าย และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามิใช่บุคคลผู้ยากไร้หรือผู้ด้อยโอกาส ตามความในรัฐธรรมนูญ  
แห่งราชอาณาจักรไทยมาตรา ๔๗ และยินยอมปฏิบัติและรับทราบเงื่อนไขของการเข้ารับการฉีดวัคซีนและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น  
ตลอดจนเงื่อนไขที่ระบุในใบยินยอมรับการฉีดวัคซีนของผู้เยาว์ซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองของข้าพเจ้าทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)