



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน.....อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เบอร์โทรศัพท์ น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... ซม.

โรคประจำตัว () ไม่มี () มี ระบุ

ความดันโลหิต...../.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย.....°C

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
2. คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง ใช่ ไม่ใช่
3. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
4. คุณมีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (เจ็บหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น) ใช่ ไม่ใช่
5. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์ ใช่ ไม่ใช่
6. ภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น แอสไพริน หรือวาร์ฟาริน ใช่ ไม่ใช่
7. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน ใช่ ไม่ใช่
8. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
9. คุณได้รับการฉีดวัคซีนใดมาก่อนในช่วง 1 เดือนหรือไม่ ระบุชนิดวัคซีน..... ใช่ ไม่ใช่
(ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นๆ 14 วัน และห่างจากวัคซีนเชื้อมีชีวิต 1 เดือน)
10. คุณมีความกังวลในการรับวัคซีนโควิด 19 และต้องการขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ใช่ ไม่ใช่

วัคซีนโควิด 19 อาจ มีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับ วัคซีน และยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมน้ำเหลืองที่ฉีดวัคซีนบวม

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่า ข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน (.....) พยาน

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ