

บัตรเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

ข้อมูลผู้เข้ารับบริการ

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง เพื่อรักษาสิทธิของท่าน)

เลขบัตรประชาชน
(TAX ID)

คำนำหน้า(Prefix)

นาย (Mr.)

นางสาว (Miss.)

นาง (Mrs.)

ชื่อ

(Name)

นามสกุล

(Surname)

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ

(สำหรับคนไทยที่ต้องการใบรับรองภาษาอังกฤษ)

วันเกิด(วัน/เดือน/ปี)

(Birth Date) (DD/MM/YYYY)

อายุ.....ปี

(Age)

(Year)

เบอร์ติดต่อ

(Mobile Phone)

 -

เลขพาสปอร์ต

(Passport)

สัญชาติ

(Nationality)

น้ำหนัก(Weight)

กก.(kg.)

ส่วนสูง(Height)

ชม.(cm.)

อุณหภูมิ(Temp.)

°C

PR

/min

RR

/min

BP

/

mmHg

ประวัติแพ้ยา/อาหาร(Drug/Food Allergy)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล

ข้อมูลการรับวัคซีน

- วันที่ได้รับวัคซีน/...../.....
- เวลาฉีด : น.
- พยาบาลผู้ฉีด.....

Sticker Vaccine

หมายเหตุ

ลงชื่อเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

ตรวจสอบ Immunization Data



ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ.....โรงพยาบาลเกาะสมุย.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564...

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้รับบริการชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)เกิดวันที่...../...../.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

- | | | | |
|----|--|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 60 ปี | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2 | คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ 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 | คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6 | คุณมีโรคประจำตัวที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 7 | คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 8 | คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 9 | คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ หรือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 10 | คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา | <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 ต่อมไต้รวงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณมีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนรุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับบริการ/ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ(พยาบาลผู้ฉีดวัคซีน)

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี)

(.....) พยาน (ถ้ามี)