



ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการรพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

วันที่..... เดือน พ.ศ.2564

ข้าพเจ้า..... ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
เบอร์โทรศัพท์..... ที่อยู่.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตาม

- 1 คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
- 2 คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ ใช่ ไม่ใช่
- 3 คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง ใช่ ไม่ใช่
- 4 คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
- 5 คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน ใช่ ไม่ใช่
- 6 คุณมีโรคประจำตัวที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 7 คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช่ ไม่ใช่
- 8 คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ ใช่ ไม่ใช่
- 9 คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 10 คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
- 11 ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ใช่ ไม่ใช่

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

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

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้ดวงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณคิดว่าท่านกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูล

เป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

- ** ท่านเคยได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่หรือไม่ ไม่เคยรับ เคยรับ วันที่
- ** ท่านเคยได้รับวัคซีนโควิด 19 หรือไม่ ไม่เคยรับ เคยรับ ครั้งที่1 วัคซีน วันที่ สถานที่
- ครั้งที่2 วัคซีน วันที่ สถานที่
- ครั้งที่3 วัคซีน วันที่ สถานที่

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับบริการ/
ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

(.....) ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี)

(.....) พยาน (ถ้ามี)