



ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ..โรงพยาบาลรื่องขวาง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..2564.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้รับบริการชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)

น.น..... ความดัน/..... ชีพจร..... อุณหภูมิ.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

- 1 คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 60 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 หอบ เหนื่อย 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 หรือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 10 คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา ใช่ 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 ต่อมน้ำเหลืองข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณมีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนรุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ

(.....) ผู้รับบริการ/

ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี)

(.....) พยาน (ถ้ามี)