



## แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....  
เลขที่บัตรประชาชน.....สถานพยาบาลที่ฉีด.....รพ.สมเด็จฯ ณ ศรีราชา.....  
วันที่ได้รับวัคซีน..... เข็มที่  เข็มที่ 1  เข็มที่ 2

- กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องเพื่อการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19 หลังฉีด 30 นาที

ประเมินอาการ <u>ก่อน</u> รับวัคซีน	ประเมินอาการ <u>หลัง</u> รับวัคซีน	หลังฉีด 30 นาที	หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีนให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน <ul style="list-style-type: none"><li>● ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน</li><li>● ไข้ หรือ ปวดศีรษะ</li><li>● ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน</li><li>● คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก</li><li>● ผื่นลมพิษ</li><li>● อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย</li></ul>
<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> มีอาการ	1. ไม่มีอาการ		
	2. มีอาการ		
	2.1 ปวด บวม แดง ร้อนบริเวณที่ฉีด		
	2.2 ไข้		
	2.3 ปวดศีรษะ		
	2.4 เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง		
	2.5 ปวดกล้ามเนื้อ		
	2.6 คลื่นไส้		
	2.7 อาเจียน		
	2.8 ท้องเสีย		
2.9 ผื่น			
2.10 อื่น ๆ (ระบุ.....)			

หมายเหตุ ต้องติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19 หลังฉีด 1 วัน, 7 วัน และ 30 วัน  
ในระบบหมอพร้อม

สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม