

### ขั้นตอนการรับบริการ COVID-19

- จุดที่ 1 รับคิว  
 จุดที่ 2 ยืนยันตัวตน  
 จุดที่ 3 ประเมินความเสี่ยง

#### 3.1 พบแพทย์

- ฉีดได้  ฉีดไม่ได้  
 จุดที่ 4 วัดความดันโลหิต  
 จุดที่ 5 ลงทะเบียนฉีดยา  
 จุดที่ 6 ฉีดยา

### แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ.....รพ.สมเด็จพระเจ้า ฤๅ ศรีราชา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....2564.....

ชื่อ-สกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน.....อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก อุณหภูมิร่างกาย.....°C

ความดันโลหิต.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่ หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่

#### รายละเอียด

ใช่ ไม่ใช่

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี		
2. คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)		
3. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา		
4. คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มิโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)		
5. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์		
6. คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าคุณสามารถรับวัคซีนได้)		
7. คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)		
8. คุณได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน)		
9. คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)		

ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม และให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ท่านจึงยังอาจจะเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

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

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้งแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น

หากคุณมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงโดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการวัคซีน/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....