

ศูนย์ฉีดวัคซีน COVID-19 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



กลุ่มเป้าหมาย

- บุคลากร/นิสิต มศว
- ประชาชนทั่วไป

สำหรับติดสติ๊กเกอร์ HN/ชื่อ-สกุล
ผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19

ชื่อ-สกุลผู้รับบริการ:อายุ:ปี เบอร์โทรศัพท์:.....
วัน/เดือน/ปี เกิด:เลขที่บัตรประชาชน:
ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน: เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามความเป็นจริง หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี		
2. คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง		
3. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือแอนติบอดีสำหรับการรักษาโรคโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา		
4. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา		
5. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น		
6. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือระบบประสาทอื่น ๆ		
7. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์		
8. ผู้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือได้ยากดภูมิคุ้มกัน		
9. มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด		
10. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือนอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน		
11. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น		

น้ำหนัก:กก. ส่วนสูง:ซม.
อุณหภูมิ..... °C ชีพจร.....ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที LMP.....
ค่าความดันโลหิตตัวบน.....ตัวล่าง.....mmHg
ประวัติแพ้ยา: ไม่มี แพ้.....
โรคประจำตัว :

ผู้ฉีด.....พยาบาล เวลา.....น.

สติ๊กเกอร์ LOT Vaccine

วัคซีนโควิด-19อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดงบริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ตอมได้วงแขนข้างที่ฉีดบวม ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ให้ไว้เป็นความจริง โดยข้าพเจ้ายินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19

ลงชื่อ ผู้รับบริการ
(.....)
ลงชื่อ ผู้ให้บริการ
(.....)

การสังเกตอาการ:

- ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์
- เกิดอาการไม่พึงประสงค์

ลงชื่อ เภสัชกร
ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ
ลงชื่อ ผู้บันทึกข้อมูล

ห้ามนำเอกสารนี้ออกนอกสถานที่
(กรุณานำส่งคืนเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง)

เอกสารส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น