



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

เอกสารประกอบการรับวัคซีน Covid-19 วัคซีนที่จะได้รับ AZ / PZ

ชื่อ-สกุล ..... เบอร์มือถือ..... บัตรประชาชน - - - - -  
 Name Phone Number ID  
 เพศ  ชาย /  หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../..... อายุ..... ปี  
 Gender Male/Fe-male Birthday Age

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ

อุณหภูมิ (Temperature) \_\_\_\_\_ °C

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยง กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามความจริง

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                      |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี<br>Are you under the age of 18?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 2 | คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด-19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด-19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด-19 ชนิดอื่นแทน)<br>Have you ever experienced an allergy to COVID-19 vaccines or ingredients of COVID-19 vaccines or had history of severe allergy from previous vaccination? (Should be considered other types of vaccines instead)                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 3 | คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา<br>Have you been detected with COVID-19/SARS-CoV-2 infection in the past 3 months?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 4 | คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินระบบประสาท และ โรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจําได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)<br>Do you have medical condition that cannot be controlled, for example; heart disease, nervous system diseases or other syndromes that recently present? (Those who have the conditions should consult a doctor before receiving the vaccine except their personal doctor has considered they are able to receive the vaccine.) | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 5 | คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์<br>Are you in pregnancy under 12 weeks?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 6 | คุณมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล หรือ เพิ่งออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน<br>Were you admitted or discharged from the hospital within the past 14 days?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 7 | คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)<br>Do you have any illness at the present time? (Should recover before receiving the vaccine)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 8 | คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ / คุณได้รับวัคซีนหัด หรือ อีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือนหรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน)<br>Do you have any vaccination within the past 14 days or do you have Measles or Chickenpox vaccination within a month? (COVID-19 vaccine should be given at least 14 days away from other vaccination. For live vaccine, it shall be given away from at least a month.)                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |
| 9 | คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด-19<br>Do you extremely anxious about receiving Covid-19 vaccines?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ใช่ / Yes | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / No |

ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อความ และ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ท่านจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจาก การฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ตอม่น้ำเหลืองใต้ดวงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม หากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใด ๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

The COVID-19 vaccine is highly effective against SARS-CoV-2 infection and reduces the severity of COVID-19 disease. The vaccine may not protect against mild disease or asymptomatic infection. Therefore, even after receiving the full vaccination course, your body must take time to develop immunity. During that time, you are still at risk of COVID-19. Furthermore, vaccines are not 100% effective so there will continue to be a low risk among fully vaccinated individuals.

Therefore, you need to follow the instructions and other measures announced by the Centre for COVID-19 Situation Administration, Provincial Communicable Disease Committee, and the Ministry of Public Health such as wearing masks, keeping space between others, washing hands, and checking in and out when entering public places.

COVID-19 vaccines may have adverse events, similar to other vaccines and drugs. Adverse events of the vaccine may include fever, chills, pain, swelling, inflammation at the area of injection, headache, muscle aches, joint pain, fatigue, nausea, vomiting, and swelling of the underarm gland on the same side of the injection. If you experience any adverse events, please see a doctor immediately.

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

I confirm that I have read, understood, and agreed that I accept the responsibility of possible adverse events, risks, and/or complications associated with receiving the COVID-19 vaccine. I have been informed and I understand the benefits and risks of the COVID-19 vaccine. I certify that the screening information is true.

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19  ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19  
 Accept to receive the COVID-19 vaccine Do not want to receive the COVID-19 vaccine

ลงนามผู้รับวัคซีน  
Signature Vaccine Recipient ( )

แพทย์ผู้ฉีดวัคซีน  
Signature Doctor (นพ.ภาณุภัท นราศุภรัฐ)

พยาน ( ) เจ้าหน้าที่คัดกรอง  
Witness ( ) Vaccine Service Provider



|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับวัคซีน</b><br/>(สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p>เข็มที่ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3<br/><br/><input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> | <p>Vaccine : <input type="checkbox"/> AstraZeneca / <input type="checkbox"/> Pfizer</p> <p>Lot .....</p> <p>S/N.....</p> <p>Expired Dated ...../...../.....</p> <p>ขวดที่.....</p> <p>คนที่.....</p> <p style="text-align: center;"><b>ติดสติ๊กเกอร์วัคซีน</b></p> | <p>เวลาที่ฉีด.....(เฉพาะกรณีระบบล่ม)</p> <p>เวลาที่จำหน่าย <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>..... พยาบาลผู้ฉีดวัคซีน</p> <p>..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์</p> </div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ส่วนที่ 4 (สำหรับเจ้าหน้าที่) อาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนภายใน 30 นาที</b></p> <p>4.1 เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เกิด <input type="checkbox"/> เกิด</p> <p>4.2 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1.ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด (Injection site reaction)</li> <li><input type="checkbox"/> 2.ไข้ (Fever)</li> <li><input type="checkbox"/> 3.ปวดศีรษะ (Headache)</li> <li><input type="checkbox"/> 4.เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Fatigue)</li> <li><input type="checkbox"/> 5.ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia)</li> <li><input type="checkbox"/> 6.คลื่นไส้ (Nausea)</li> <li><input type="checkbox"/> 7.อาเจียน (Vomiting)</li> <li><input type="checkbox"/> 8.ท้องเสีย (Diarrhea)</li> <li><input type="checkbox"/> 9.ผื่น (Rash)</li> <li><input type="checkbox"/> 10.อาการอื่น ๆ เช่น ปวดข้อ ชัก เลือดไหลไม่หยุด โปรดระบุ.....</li> </ul> <p>การรักษา</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>..... พยาบาลสังเกตอาการ</p> <p>..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>..... แพทย์</p> <p>..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์</p> </div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                           |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ส่วนที่ 5 (สำหรับเจ้าหน้าที่) วันนัดฉีดครั้งต่อไป</b></p> <p>วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่สอง .....</p> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>..... ผู้ออกบัตรนัด</p> </div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|