

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียน
ก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียน
ก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ☐ ในช่องว่างตามความจริง
เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุ 5 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หมายเหตุ: นักเรียนในสถานศึกษาที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19
สามารถรับวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีม่วงสูตรสำหรับผู้ใหญ่) ได้ที่สถานพยาบาล

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน