



แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานพยาบาลที่ฉีด..... HN.....

วันที่ได้รับวัคซีน..... เข็มที่ เข็มที่ 1 เข็มที่ 2

ชื่อการค้าวัคซีน..... Lot No.....

- กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องเพื่อการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19 1 วัน , 7 วัน และ 30 วัน

อาการ		ประเมินอาการหลังรับวัคซีน		
		1 วัน	7 วัน	30 วัน
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.....)			

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีนให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข

Hot line: 1669

กรุณานำเอกสารแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19 มายื่น ณ สถานพยาบาลที่รับวัคซีนหลังครบ 30 วัน