



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19
COVID-19 Vaccination: Screening and Consent Form

หน่วยบริการ (Service Unit):

วันที่บริการ (Date) (DD/MM/YYYY)...../...../.....

ชื่อ-สกุล (First-Last name)..... อายุ (Age) ปี (years) วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of Birth)

เบอร์โทรศัพท์ (Tel.) ที่อยู่ (Address)

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง Please respond to the following questions by placing a check mark (v) in the answer box.

1	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี Are you younger than 18 years old?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
2	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง Have you ever experienced an allergy to vaccines/drugs or had history of severe allergy with ingredients from vaccines?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
3	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดี สำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา Have you received a plasma blood transfusion, blood products, blood components, immunoglobulin, antiviral drugs, or antibodies within the past 90 days for the treatment of COVID-19?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
4	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา Have you been detected with COVID-19/SARS-CoV-2 infection in the past 10 days?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
5	คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น Do you have a medical condition that cannot be controlled? (Symptoms of the disease may include chest pain, dyspnea, palpitations, etc.)	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
6	คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ Do you have disease-related symptoms of the brain or the nervous system?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
7	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ Are you pregnant, breastfeeding, or planning to get pregnant?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
8	ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน Do you have an immunodeficiency or are you taking medication to suppress the immune system?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
9	มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด Do you bleed easily, have difficulty stopping bleeding from an inability of platelets to clot, thrombocytopenia, abnormal blood clotting, or receive anticoagulants?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
10	คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน Have you had an acute illness or were you admitted or discharged from the hospital within the past 14 days?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
11	คุณมีอาการป่วยเช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น Do you have any illness symptoms such as fever, chills, difficulty breathing, muscle weakness, etc.?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจไม่ป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือแบบไม่แสดงอาการ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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 ต่อมไฝวงขนาดใหญ่ที่ฉีดวัคซีนบวม หากมีอาการภายหลังจากได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วยตนเอง และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

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.

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.

I, Accept to receive the COVID-19 vaccine

Do not want to receive the COVID-19 vaccine

Signature.....
(.....) Vaccine Service Provider

Signature.....
(.....)Vaccine Recipient/ Legal Representative

Signature.....
(.....)Witness

Signature.....
(.....)Witness