



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19
新冠疫苗接种健康筛查表及知情同意书

หน่วยบริการ (Service Unit):
วันที่บริการ (Date) (DD/MM/YYYY)...../...../.....

ชื่อ-สกุล (姓名)..... อายุ (年龄) ปี (岁) วัน/เดือน/ปีเกิด (出生日/月/年)
เบอร์โทรศัพท์ (电话号码) ที่อยู่ (地址)

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง 请根据您的实际情况在框中标记“✓”

1	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี 您未滿 18 周岁	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
2	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง 您曾对疫苗、药物或疫苗成分严重过敏	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
3	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดี สำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา 在过去的 90 天内, 您曾接受过血浆输血、血液制品、血液成分、免疫球蛋白、抗病毒药物或治疗新冠病毒的抗体	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
4	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา 在过去 10 天内, 您确诊感染新冠病毒	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
5	คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น 您患有慢性基础疾病且症状仍不稳定, 无法控制症状, 如: 胸部疼痛、气喘、疲劳、心悸等症状	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
6	คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ 您有脑部或其他神经系统疾病相关症状	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
7	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ 您已怀孕, 或正在哺乳, 或正计划怀孕	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
8	ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ รับประทานภูมิคุ้มกัน 您有免疫缺陷, 或正服用免疫抑制剂	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
9	มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด 易出血或难以止血、血小板偏低、血液异常凝固或正服用抗凝血药	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
10	คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน 您患有急性病, 或住院治疗且出院时间不超过 14 天	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否
11	คุณกำลังมีอาการป่วยเช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น 您目前正在生病, 如: 发烧、发冷、呼吸困难、肌肉无力等	<input type="checkbox"/> ใช่/是	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/否

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจไม่ป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือแบบไม่แสดงอาการ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม หากมีอาการภายหลังจากได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วยตนเอง และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

新冠疫苗可高效预防新冠病毒, 且能降低症状严重程度, 但疫苗可能无法预防轻微或无症状病症。在接种第 2 剂新冠疫苗大约 2 周后, 人体将产生足够的免疫抗体。您仍然有感染新冠病毒的风险。

因此, 您仍须遵循新冠疫情管理中心、府传染疾病委员会和卫生部的防疫措施, 如: 戴口罩、保持社交距离、勤洗手、进入各类场所进行登记等。

新冠疫苗可能与其他疫苗和药物一样会产生副作用, 这是为了产生免疫抗体导致的不良反应。疫苗可能产生的副作用症状包括: 发烧、发冷、疼痛、肿胀、注射部位发红、头痛、肌肉酸痛、关节痛、虚弱、疲劳、恶心、呕吐、注射部位腋下腺体肿胀。如您接种新冠疫苗后出现严重不良反应及症状, 请立即就医。

我已知道并了解新冠疫苗相关信息, 愿自行承担有关风险, 并证明我提供的信息均属实。

愿意接种新冠疫苗

不愿意接种新冠疫苗

ลงชื่อ (签名).....

ลงชื่อ (签名).....

(.....)接种医护人员

(.....)接种者/合法监护人

วันที่ (日期)/...../.....

วันที่ (日期)/...../.....