



No.

ใบยินยอมการรับบริการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์

น้ำหนัก

ส่วนสูง

ความดัน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. สก. อายุ ปี เป็นผู้รับบริการ/ผู้ปกครองของ

ด.ช./ด.ญ. เลขที่บัตรประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด เบอร์โทรศัพท์

ที่อยู่

ท่านมีความประสงค์จะฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ หรือไม่ ☐ มีความประสงค์ ☐ ไม่มีความประสงค์

คำอธิบายข้อมูล : วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด 4 สายพันธุ์ เป็นวัคซีนเชื้อตายใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และป้องกันอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ อาการข้างเคียงที่สามารถเกิดขึ้นได้ ดังนี้ มีไข้ ปวดเมื่อย ปวด บวม แดง คัน บริเวณที่ฉีด ไม่ควรนวด คลื่น เบื่ออาหารได้โดยการประคบเย็น หรือรับประทานยาลดไข้ หากมีอาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียหายหรือหายใจมีเสียง ผื่นลมพิษ ชีตขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วหรือเวียนศีรษะ ให้รีบไปพบแพทย์ทันที

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () ตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่าท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

- กลุ่มเสี่ยง ☐ 1. เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ☐ 2. อายุ 2 ปี ถึง 24 ปี
- ☐ 3. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ☐ 4. โรคอ้วน (น้ำหนักเกิน 100 กิโลกรัม หรือ BMI > 35 kg/m²)
- ☐ 5. ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ☐ 6. โรคธาลัสซีเมีย และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- ☐ 7. ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ ไตวาย เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด) ☐ 8. กลุ่มเปราะบาง คนพิการ คนด้อยโอกาส ในสถานสงเคราะห์ สถานคุ้มครอง สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง
- ☐ 9. บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรด่านหน้า

**** กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน ในปีแรกต้องฉีด 2 เข็ม โดยเข็มที่ 1 ห่างจากเข็มที่ 2 เป็นเวลา 4 สัปดาห์****
เด็กเคยฉีดวัคซีนมาก่อนหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย นัดฉีดเข็มที่ 2 วันที่

● มีประวัติแพ้ไข้อย่างรุนแรง*	() ใช่ () ไม่ใช่
● เคยแพ้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือแพ้สารประกอบอื่น ๆ ในวัคซีนฯ อย่างรุนแรง*	() ใช่ () ไม่ใช่
● กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน	() ใช่ () ไม่ใช่
● เพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน	() ใช่ () ไม่ใช่
● เพิ่งมานอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน	() ใช่ () ไม่ใช่
● ยังมีโรคประจำตัวที่อาการกำเริบ เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอก หอบ เหนื่อย หรือยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้	() ใช่ () ไม่ใช่
● ขณะตั้งครรภ์นี้มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เช่น มีภาวะ Toxic goiter, Pre-eclampsia หรือ เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ (หากมีความประสงค์จะรับวัคซีนให้ปรึกษาแพทย์ที่ดูแล)	() ใช่ () ไม่ใช่

****** ถ้าท่านเคยแพ้วัคซีนอื่นๆ หรือมีอาการอย่างรุนแรง ขอให้ท่านแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ เพื่อประเมินความเสี่ยงอีกครั้งก่อนให้วัคซีน

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลและยินยอมสมัครใจฉีดวัคซีนครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ/ผู้ปกครอง วันที่รับวัคซีน.....เจ้าหน้าที่ฉีดวัคซีน.....

(.....)

Lot No.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีจริง (*กรณีที่อยู่นอกเขตปทุมธานี แต่อาศัยอยู่จริงในจังหวัดปทุมธานี)

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

(.....)