



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับการฉีดวัคซีนโควิด 19  
COVID-19 Vaccination: Screening and Consent Form

หน่วยบริการ (Service Unit): .....โรงพยาบาลเกาะสมุย.....  
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	คุณมีอายุน้อยกว่า 18 ปี Are you younger than 18 years old?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
2	คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน) Have you experienced any serious adverse reactions to the previous COVID-19 vaccine or components of the vaccine? (Consider using another COVID-19 vaccine)	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
3	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา Have you been diagnosed with COVID-19/SARS-CoV-2 infection within the last 3 months?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
4	คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจําได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) Have you had any uncontrollable or unstable medical condition such as cardiovascular or the nervous system, or any recent recurrence of severe medical symptoms? But your personal physician has evaluated that you are eligible for the vaccine. (Please consult your attending physician before getting vaccinated)	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
5	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ Are you pregnant with gestational age below 12 weeks?	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
6	คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าคุณสามารถรับวัคซีนได้) Have you been admitted or discharged from the hospital within the past 14 days? (Your attending physician must confirm that you can receive the vaccine)	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
7	คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน) Are you currently experiencing any acute symptom or illness? (You should receive medical attention for your current symptoms before receiving the vaccine)	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
8	คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน) Have you been vaccinated with the past 14 days? Have you had Mumps, Measles, Rubella vaccine in the past 1 month? (COVID-19 vaccine should be vaccinated after 14 days if other vaccines have been previously given. For live attenuated vaccines, the COVID-19 vaccine should be vaccinated after 1 month.)	<input type="checkbox"/> ใช่/ Yes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่/ No
9	คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 Are you particular concerned about being vaccinated for COVID-19 vaccine?	<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 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 ต่อมไต้งแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม หากมีอาการภายหลังจากได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 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 (about 2 weeks) to develop immunity for protection against the disease. During that time, you are still at risk of COVID-19.

Therefore, you need to comply with 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 serious adverse events, please seek medical advice immediately.

I have been informed and understand about the COVID-19 vaccine's information. I consent to receive the potential risks on my own and certify that the screening information is truthful.

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19 I Accept to receive the COVID-19 vaccine

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19 Do not want to receive the COVID-19 vaccine

ลงชื่อ Signature.....

ลงชื่อ Signature.....

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

(.....) ผู้ให้บริการ Vaccine Service Provider

# บัตรเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง เพื่อรักษาสิทธิของท่าน)

## ข้อมูลผู้เข้ารับบริการ

เลขบัตรประชาชน (TAX ID)

คำนำหน้า(Prefix)  นาย (Mr.)  นางสาว (Miss.)  นาง (Mrs.)

ชื่อ.....นามสกุล.....  
(Name) (Surname)

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ.....  
(สำหรับคนไทยที่ต้องการใบรับรอง)

วันเกิด(วัน/เดือน/ปี)..... / ..... / ..... อายุ.....ปี  
(Date of Birth) (DD/MM/YYYY) (Age) (Year)

เบอร์ติดต่อ (Mobile Phone)    -

เลขพาสปอร์ต..... สัญชาติ.....  
(Passport) (Nationality)

น้ำหนัก(Weight).....กก.(kg.) ส่วนสูง(Height).....ซม.(cm.)

อุณหภูมิ(Temp.).....°C PR...../min RR...../min BP...../.....mmHg

ประวัติแพ้ยา/อาหาร(Drug/Food Allergy).....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

## ข้อมูลการรับวัคซีน

เข็มที่  1  2  3  4

ชนิดวัคซีน  Sinovac  AstraZeneca  Pfizer

วันที่ได้รับวัคซีน...../...../.....

- เวลาฉีด..... : ..... น.

- พยาบาลผู้ฉีด.....

Sticker Vaccine

## หมายเหตุ

ลงชื่อเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

ตรวจสอบ Immunization Data