

ไฟล์เอกสารการฉีดวัคซีนนักเรียน/นักศึกษา



ภาคผนวกที่ ๑ แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษา อายุ ๑๒ – ๑๘ ปี

ภาคผนวกที่ ๒ แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา

หมายเหตุ โรงเรียนเป็นผู้ดำเนินการ

ภาคผนวกที่ ๓ แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาอายุ ๑๒ – ๑๘ ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer รายสังกัด

หมายเหตุ ให้หน่วยงานต้นสังกัดดำเนินการและส่งข้อมูลให้สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด

ภาคผนวกที่ ๔ แบบแจ้งความต้องการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า รายโรงพยาบาล รายจังหวัด

หมายเหตุ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ

ภาคผนวกที่ ๕ เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า ฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ภาคผนวกที่ ๖ แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า

หมายเหตุ ให้โรงเรียนส่งเอกสารแก่ผู้ปกครองกรอกข้อมูลและรับรอง พร้อมส่งแบบฟอร์มกลับมาที่โรงเรียน โดยโรงเรียนเป็นผู้รวบรวมเอกสาร

ภาคผนวกที่ ๗ ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า

หมายเหตุ ให้ผู้อำนวยการโรงเรียนแจ้งผู้ปกครองเพื่อนัดวันฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ ๘ แบบสรุปผลการให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า

หมายเหตุ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 - 18 ปี

แต่ละห้องเรียน

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 - 18 ปี **แต่ละห้องเรียน**
 ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....
 สังกัด.....จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนอายุ 12 - 18 ปี

แต่ละห้องเรียน

สำหรับครูประจำชั้น

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับ Pfizer		หมายเหตุ
					รับ	ไม่รับ	
1	ด.ช.อยู่ดี แข็งแรง	1509900001220	13/10/2549	15	1		
2	ด.ญ.คำหอม สวยดี	1400022222111	1/1/2549	15		1	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
18							
19							
20							
รวม					1	1	

หมายเหตุ : 1. หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบัน

2. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน อายุ 12 - 18 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer

แยกแต่ละสถานศึกษา

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 - 18 ปี

ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด.....จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

สำหรับโรงเรียน

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
1	ประถมศึกษา ที่อายุ 12-18 ปี			
2	มัธยมศึกษาปีที่ 1			
3	มัธยมศึกษาปีที่ 2			
4	มัธยมศึกษาปีที่ 3			
5	มัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือ ปวช.1			
6	มัธยมศึกษาปีที่ 5 หรือ ปวช.2			
7	มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช.3			
8	ปวส.1			
9	ปวส.2			
10	ป.ตรี 1			
11	ป.ตรี 2			
รวม		0	0	

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้หน่วยงานต้นสังกัด

ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 - 18 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer **รายสังกัด**

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 - 18 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer **รายสังกัด**

หน่วยงานการศึกษา สำนักงาน.....กระทรวง.....

ลำดับที่	อำเภอ	ชื่อโรงเรียน	สังกัด	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	จำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีน (คน)												หมายเหตุ	
					ประถมอายุ 12-18	ม.1	ม.2	ม.3	ม.4/ปวช.1	ม.5/ปวช.2	ม.6/ปวช.3	ปวส.1	ปวส.2	ป.ตรี 1	ป.ตรี 2	รวม		
1	เมือง	บ้านป่าป้อง	สพป.เชียงใหม่ 1														0	
2																	0	
3																	0	
4																	0	
5																	0	
6																	0	
7																	0	
8																	0	
9																	0	
10																	0	
รวม				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

ภาคผนวกที่ 4 แบบแจ้งความต้องการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า รายโรงพยาบาล รายจังหวัด

แบบแจ้งความต้องการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า รายโรงพยาบาล รายจังหวัด

จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมจำนวนวัคซีน Pfizer ที่ต้องการ (โดส) และกำหนดช่วงวันที่ให้บริการเป็น
รายสัปดาห์ จำแนกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนวัคซีน Pfizer ที่ต้องการ (โดส)	ช่วงวันที่ให้บริการ (เป็นรายสัปดาห์)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
	รวม		

หมายเหตุ: ขอให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ส่งแบบความต้องการฯ ไปยังกรมควบคุมโรค
ภายในวันที่ 27 ก.ย. 2564 ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อพิจารณาจัดสรรวัคซีนต่อไป



สแกน QR code

ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ฉีดวัคซีนไฟเซอร์



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอวัยวะหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ในขณะนี้ (ณ วันที่ 15 กันยายน 2564) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย ให้ใช้ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป มีเพียงชนิดเดียว ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) และได้ผ่านการเห็นชอบให้ใช้วัคซีนดังกล่าวจากคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยวัคซีนนี้เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีนไฟเซอร์ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่มีไข้หรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรงดออกกำลังกายหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม

แต่การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบฉับพลัน โดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย หลอดลมตีบ หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ ในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปี ได้ โดยพบอาการดังกล่าวหลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมักพบในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่มหรือใจสั้น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้นพบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่แน่ใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั้น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั้น ซึ่งเป็นอาการที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือโทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ).....สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์โดยสมัครใจ
 ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ (ถ้ามี).....
 และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
 (.....)
 วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน
 ข้อควรระวังเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code



ภาคผนวกที่ 6 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้
พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

- | | | | |
|---|---|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2 | นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19
หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด
อื่นแทน) | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3 | นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4 | นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของ
โรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการ
กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรค
ประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5 | นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6 | นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา
ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้) | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 7 | นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน) | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 8 | นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 9 | นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19
(ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ
และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19) | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้
พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

**ภาคผนวกที่ 7 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า**

ที่

โรงเรียน.....

กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบสำรวจและเอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/
นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 ชุด

2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง
อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษาซึ่งศึกษาใน
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอ
ความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่
.....รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร.

ภาคผนวกที่ 8 แบบสรุปผลการให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

แบบสรุปผลการให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมผลการให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน รายเข็ม รายชั้นปี

ลำดับ ที่	ชื่อโรงเรียน	สังกัด	จำนวน นักเรียน ทั้งหมด (คน)	จำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีน (คน)												หมายเหตุ		
				ม.1 หรือ.....		ม.2 หรือ.....		ม.3 หรือ.....		ม.4 หรือ.....		ม.5 หรือ.....		ม.6 หรือ.....			รวม	
				เข็มที่ 1	เข็มที่ 2	เข็มที่ 1	เข็มที่ 2	เข็มที่ 1	เข็มที่ 2	เข็มที่ 1	เข็มที่ 2	เข็มที่ 1	เข็มที่ 2	เข็มที่ 1	เข็มที่ 2		เข็มที่ 1	เข็มที่ 2
	รวม																	

หมายเหตุ: ขอให้รวบรวมส่งกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ผ่านระบบออนไลน์ ภายหลังจากการณรงค์

