



ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
 เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้รับบริการชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)
 หน่วยงาน.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

1. คุณอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
2. คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน
อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน) ใช่ ไม่ใช่
3. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
4. คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทาง
ระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้
(ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) ใช่ ไม่ใช่
5. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ใช่ ไม่ใช่
6. คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน
(ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้) ใช่ ไม่ใช่
7. คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน) ใช่ ไม่ใช่
8. คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
(ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน)
9. คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์
เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19) ใช่ ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกัน
 โรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะ
 ป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้นท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเช่นสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างหมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่
 เป็นต้น วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
 โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ
 อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วางแผนข้างที่ฉีดวัคซีนบวมหากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้บริการ (.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี) (.....) พยาน (ถ้ามี)



ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ห้วงโย รักสงบ..... ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
 เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้รับบริการชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)

หน่วยงาน.....
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง

1. คุณอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
2. คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน
อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน) ใช่ ไม่ใช่
3. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
4. คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทาง
ระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้
(ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) ใช่ ไม่ใช่
5. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ใช่ ไม่ใช่
6. คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน
(ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้) ใช่ ไม่ใช่
7. คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน) ใช่ ไม่ใช่
8. คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่
(ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน) ใช่ ไม่ใช่
9. คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์
เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19) ใช่ ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกัน
 โรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะ
 ป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้นท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเช่นสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างหมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่
 เป็นต้น วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
 โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ
 อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วางแผนข้างที่ฉีดวัคซีนบวมหากคุณคิดว่าคุณกำลังประสบกับผลข้างเคียงใดๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... ห้วงโย รักสงบ.....

(.....) ผู้ให้บริการ (..... ห้วงโย รักสงบ.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) พยาน (ถ้ามี) (.....) พยาน (ถ้ามี)