



กำหนดรอบการรับวัคซีน Pfizer เข็มที่ 2 สำหรับนักเรียน

วันรับวัคซีน Pfizer เข็มที่ 2 สำหรับนักเรียน



ระดับชั้น

ม.1	เวลา : 08.00-09.00 น.
ม.2	เวลา : 09.00-10.00 น.
ม.3	เวลา : 10.00-11.00 น.
ม.4	เวลา : 11.00-12.00 น.
ม.5	เวลา : 12.00-13.00 น.
ม.6	เวลา : 13.00-14.00 น.

มาถึงก่อนเวลาไม่เกิน 10 นาที



ผู้ปกครองที่มีประสงค์ให้นักเรียนรับวัคซีน Pfizer เข็มที่ 1 ในวันที่ 15 พฤษภาคม 2564

- กรอกข้อมูลใบลิ้งค์ของโรงพยาบาล <https://rebrand.ly/school-vaccine> โดยในคำถามข้อสุดท้าย "รูปแบบการแจ้งความประสงค์" ให้เลือกตัวเลือกที่เขียนว่า "แจ้งความประสงค์เพิ่มรายชื่อใหม่"



แนวปฏิบัติของนักเรียน

- นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- รับประทานอาหารเช้าก่อนเข้ารับการฉีดวัคซีนให้เรียบร้อย
- จดบันทึกอุณหภูมิของตนเองหลังผ่านจุดคัดกรอง
- ตรวจสอบใบนำทาง (แจกในวันรับวัคซีน) ให้ตรงกับชื่อ-สกุลของตนเอง
- งดการพูดคุยกับเพื่อนในห้องประชุมชั้น 4



แนวปฏิบัติของผู้ปกครอง

- ส่งนักเรียนบริเวณประตูด้านหน้าโรงเรียน
- ผู้ปกครองสามารถพักคอยที่บริเวณโรงอาหารโดยใช้ประตูข้างไวท์มอลล์



นักเรียนหญิง

- อายุตั้งแต่ 12 ปี สามารถรับวัคซีนเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 ได้ตามความประสงค์



นักเรียนชาย

- อายุตั้งแต่ 12 ปี สามารถรับวัคซีนเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 ได้ตามความประสงค์



หมอพร้อม

- ติดตั้ง Application หมอพร้อมในโทรศัพท์มือถือให้เรียบร้อย

การรับวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน

จากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกสารที่ผู้ปกครองต้องเตรียมมา



โรงเรียนโยธินบูรณะ
Yothinburana School.



• เอกสารที่นักเรียนต้องเตรียมมา (กรณีฉีดเข็มที่ 1 และกรณีฉีดเข็มที่ 2)

1 หนังสือยินยอม (Print)

การฉีดวัคซีนเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง (Safety) ซึ่งเป็นปฏิบัตินโยบายของโรงเรียนโยธินบูรณะ ภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้จะมีอาการที่ร่างกายหรืออาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย หอบถี่ หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ มีลมพิษ ปากบวม คอแข็ง อาเจียน หรือมีอาการรุนแรงเกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลก่อนกลับบ้านที่ฉีดวัคซีน

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีน mRNA วัคซีน Pfizer 12-17 ปี

พบโดยอาการคืออาการที่คล้ายกันกับอาการของโรคหัวใจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือ ใจเต้นผิดปกติ อาการที่คล้ายกันนี้พบได้ทั้งในเด็กและวัยรุ่นที่ฉีดวัคซีน mRNA วัคซีน Pfizer 12-17 ปี

หากนักเรียนมีอาการที่คล้ายกันนี้เกิดขึ้นหลังจากการฉีดวัคซีนที่โรงเรียน ควรแจ้งให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนทราบทันทีและรีบไปโรงพยาบาลทันทีที่พบอาการดังกล่าว หากมีอาการที่รุนแรงกว่า 4 ชั่วโมงหลังจากฉีดวัคซีน และหากนักเรียนมีอาการที่คล้ายกันนี้เกิดขึ้นที่บ้าน ควรแจ้งให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนทราบทันทีและรีบไปโรงพยาบาลทันทีที่พบอาการดังกล่าว หากมีอาการที่รุนแรงกว่า 4 ชั่วโมงหลังจากฉีดวัคซีน และหากนักเรียนมีอาการที่คล้ายกันนี้เกิดขึ้นที่บ้าน ควรแจ้งให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนทราบทันทีและรีบไปโรงพยาบาลทันทีที่พบอาการดังกล่าว

หากนักเรียนมีอาการที่คล้ายกันนี้เกิดขึ้นหลังจากการฉีดวัคซีนที่โรงเรียน ควรแจ้งให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนทราบทันทีและรีบไปโรงพยาบาลทันทีที่พบอาการดังกล่าว หากมีอาการที่รุนแรงกว่า 4 ชั่วโมงหลังจากฉีดวัคซีน และหากนักเรียนมีอาการที่คล้ายกันนี้เกิดขึ้นที่บ้าน ควรแจ้งให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนทราบทันทีและรีบไปโรงพยาบาลทันทีที่พบอาการดังกล่าว

หากนักเรียนมีอาการที่คล้ายกันนี้เกิดขึ้นหลังจากการฉีดวัคซีนที่โรงเรียน ควรแจ้งให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนทราบทันทีและรีบไปโรงพยาบาลทันทีที่พบอาการดังกล่าว หากมีอาการที่รุนแรงกว่า 4 ชั่วโมงหลังจากฉีดวัคซีน และหากนักเรียนมีอาการที่คล้ายกันนี้เกิดขึ้นที่บ้าน ควรแจ้งให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนทราบทันทีและรีบไปโรงพยาบาลทันทีที่พบอาการดังกล่าว

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีน

ข้าพเจ้า ชื่อ นามสกุล..... นามสกุลโรงเรียน (ผู้ปกครอง)
ผู้ปกครองชื่อ..... นามสกุลโรงเรียน.....
ที่อยู่..... หมู่ที่..... ต.
ตำบล/แขวง..... อ. จ.
หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....

ชื่อ นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ..... ปี วันเดือนปีเกิด.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... (กรณีว่าพ่อแม่ของ.....)..... สัญชาติ.....
ชื่อสถานศึกษา..... ชั้นปี.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้พิจารณารายละเอียดของใบยินยอมและเอกสารนี้แล้วและยินยอมให้บุตรหลานของฉันไปรับการฉีดวัคซีนที่สถานศึกษาข้างต้น เป็นอันขาด

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนให้โดยสมัครใจ
 ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนให้โดยสมัครใจ สาเหตุ (ถ้ามี).....
และผู้ปกครองผู้ดูแลเป็นความจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลบุตรหลาน
วันที่.....

หมายเหตุ ขอให้นำเอกสารนี้มาแสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันฉีดวัคซีน
ชื่อครูผู้ให้บริการฉีดวัคซีน 19 และวันที่ฉีดวัคซีน 19 สถานศึกษาโรงเรียนโยธินบูรณะ มีที่ QR code

ผู้ปกครองลงชื่อลงด้วยปากกา
สีน้ำเงิน

2 แบบคัดกรอง (Print)

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง ครู/บุคลากร/ผู้ดูแลบุตรหลาน/ผู้ดูแลนักเรียน/นักศึกษา
ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือไม่ปฏิบัติตามวิธีการฉีดวัคซีนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวรุนแรงที่อาจกำเริบได้ตลอดเวลาหรือมีอาการของ โรคโควิด 19 เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจําได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่ไม่มีโรค ประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
5	นักเรียนมีภาวะตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต่อเนื่องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ทราบเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรปรึกษาแพทย์ก่อน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
8	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันก่อนนี้	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9	นักเรียนมีความกังวลเกี่ยวกับการรับวัคซีนโควิด 19	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่

หมายเหตุ หากนักเรียนมีโรคประจำตัวในขณะรับการฉีดวัคซีน ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันฉีดวัคซีนให้ทราบ
กับนักเรียนร่วมสังเกตการณ์ศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลบุตรหลาน
วันที่.....

หมายเหตุ ขอให้นำเอกสารนี้มาแสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันฉีดวัคซีน

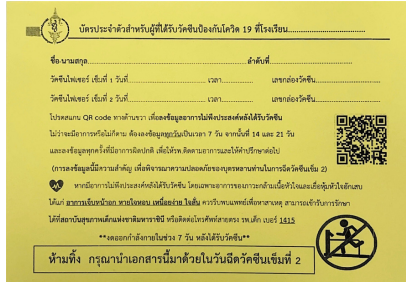
(เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง
เพื่อให้ให้นักเรียนฉีดวัคซีน Pfizer)

แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด19
สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า

3 บัตรประจำตัวประชาชน ของนักเรียนฉบับจริง



4 ใบนัดหมายการรับวัคซีนเข็มที่ 2 (ใบสีเหลือง)



5 ปากกาสีน้ำเงิน



• การแต่งกาย

• นักเรียนแต่งกายชุดพลของโรงเรียน



หมายเหตุ

- นักเรียน 1 คนต่อผู้ปกครอง 1 คน
- เนื่องจากโรงเรียนมีพื้นที่จำกัดงดรถจำกัด
ขอสงวนไว้สำหรับครูและบุคลากร
ของทางโรงเรียน



การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (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 หายใจไม่อิ่มหรือใจสั่น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้นพบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่มั่นใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น 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 : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน
ข้อควรระวังเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์	<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	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของ 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 ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อม
กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน