

# แบบสอบถามผู้มารับบริการ

## วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

(สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อใช้คัดกรองผู้มารับบริการก่อนให้วัคซีน

และโปรดเก็บไว้เป็นหลักฐานที่หน่วยบริการ)

ชื่อผู้มารับวัคซีน.....

นามสกุล.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....

โรคประจำตัว.....

ที่อยู่.....

.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....

วันที่รับวัคซีน.....

วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

เป็นวัคซีนเชื้อตาย ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ฉีดในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนหากติดเชื้อ

การฉีดวัคซีนนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลตรวจสภาพร่างกายก่อนฉีด และให้รอเฝ้าดูอาการแพ้ภายหลังการฉีดเป็นเวลา 30 นาที เมื่อกลับบ้านแล้วควรมีผู้ดูแลหลังฉีดวัคซีนต่ออีก 2 วัน

ถ้าท่านเคยแพ้วัคซีนอื่นๆ หรือยาอื่นๆ อย่างรุนแรง ขอให้ท่านแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อประเมินความเสี่ยงอีกครั้งก่อนให้วัคซีน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [ ]

ตามความเป็นจริงเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า

ท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

• มีประวัติแพ้ไข่ไก่อย่างรุนแรง\* [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

• เคยแพ้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือ [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

แพ้สารประกอบอื่นๆ ในวัคซีน

อย่างรุนแรง\*

• กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วย [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เฉียบพลัน

• เพิ่งหายจากการเจ็บป่วย [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน

• เพิ่งมานอนรักษาตัวและออกจาก [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

โรงพยาบาล ไม่เกิน 14 วัน

• ยังมีโรคประจำตัวที่อาการกำเริบ [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เช่น ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ

เหนื่อย หรือยังควบคุมอาการ

ของโรคไม่ได้

• ขณะตั้งครรภ์นี้มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เช่น มีภาวะ Toxic goiter,

pre-eclampsia, eclampsia หรือ

เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์

(หากมีความประสงค์จะรับวัคซีน

ให้ปรึกษาแพทย์ที่ดูแล)

[ ] ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่และได้ทำความเข้าใจแล้ว



ลงชื่อ.....

( )

\* อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียงแบบ หรือหายใจมีเสียงดัง ลมพิษ ซีดขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว หรือเวียนศีรษะ

# แบบสอบถามผู้มารับบริการ

## วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

(สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อใช้คัดกรองผู้มารับบริการก่อนให้วัคซีน

และโปรดเก็บไว้เป็นหลักฐานที่หน่วยบริการ)

ชื่อผู้มารับวัคซีน.....

นามสกุล.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....

โรคประจำตัว.....

ที่อยู่.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....

วันที่รับวัคซีน.....

วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

เป็นวัคซีนเชื้อตาย ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ฉีดในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนหากติดเชื้อ

การฉีดวัคซีนนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลตรวจสภาพร่างกายก่อนฉีด และให้รอเฝ้าดูอาการแพ้ภายหลังการฉีดเป็นเวลา 30 นาที เมื่อกลับบ้านแล้วควรมีผู้ดูแลหลังฉีดวัคซีนต่ออีก 2 วัน

ถ้าท่านเคยแพ้วัคซีนอื่นๆ หรือยาอื่นๆ อย่างรุนแรง ขอให้ท่านแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อประเมินความเสี่ยงอีกครั้งก่อนให้วัคซีน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [ ]

ตามความเป็นจริงเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า

ท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

• มีประวัติแพ้ไข่ไก่อย่างรุนแรง\* [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

• เคยแพ้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือ [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

แพ้สารประกอบอื่นๆ ในวัคซีน

อย่างรุนแรง\*

• กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วย [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เฉียบพลัน

• เพิ่งหายจากการเจ็บป่วย [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน

• เพิ่งมานอนรักษาตัวและออกจาก [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

โรงพยาบาล ไม่เกิน 14 วัน

• ยังมีโรคประจำตัวที่อาการกำเริบ [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เช่น ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ

เหนื่อย หรือยังควบคุมอาการ

ของโรคไม่ได้

• ขณะตั้งครรภ์นี้มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

เช่น มีภาวะ Toxic goiter,

pre-eclampsia, eclampsia หรือ

เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์

(หากมีความประสงค์จะรับวัคซีน

ให้ปรึกษาแพทย์ที่ดูแล)

[ ] ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่และได้ทำความเข้าใจแล้ว



ลงชื่อ.....

( )

\* อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียงแบบ หรือหายใจมีเสียงดัง ลมพิษ ซีดขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว หรือเวียนศีรษะ