



แบบสอบถามผู้มารับบริการ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล



(สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อใช้คัดกรองผู้มารับบริการก่อนให้วัคซีน
และโปรดเก็บไว้เป็นหลักฐานที่หน่วยบริการ)

ชื่อผู้มารับวัคซีน.....
 นามสกุล.....
 เลขประจำตัว 13 หลัก.....
 โรคประจำตัว.....
 ที่อยู่.....

 เบอร์โทรศัพท์.....
 วันที่รับวัคซีน.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง []
 ตามความเป็นจริงเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า
 ท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

- อายุน้อยกว่า 6 เดือน [] ใช่ [] ไม่ใช่
- มีประวัติแพ้ไก่หรือไข่ไก่
อย่างรุนแรง* [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เคยแพ้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือ
แพ้สารประกอบอื่นๆ ในวัคซีน
อย่างรุนแรง* [] ใช่ [] ไม่ใช่
- กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วย
เฉียบพลัน [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เพิ่งหายจากการเจ็บป่วย
เฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เพิ่งมานอนรักษาตัวและออกจาก
โรงพยาบาล ไม่เกิน 14 วัน [] ใช่ [] ไม่ใช่
- ยังมีโรคประจำตัวที่อาการกำเริบ
เช่น **ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ
เหนื่อย** หรือยังควบคุมอาการ
ของโรคไม่ได้ [] ใช่ [] ไม่ใช่
- กำลังตั้งครรภ์ แต่มีอายุครรภ์ [] ใช่ [] ไม่ใช่
น้อยกว่า 4 เดือน
- มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง หรือ เคยมี
ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ [] ใช่ [] ไม่ใช่

วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

เป็นวัคซีนเชื้อตาย ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่
ตามฤดูกาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ฉีดใน
บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
รุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนหากติดเชื้อ

การฉีดวัคซีนนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน

โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลตรวจสภาพร่างกาย
ก่อนฉีด และให้รอเฝ้าดูอาการแพ้ภายหลังการฉีดเป็นเวลา
30 นาที เมื่อกลับบ้านแล้วควรมีผู้ดูแลหลังฉีดวัคซีนต่อ
อีก 2 วัน

**ถ้าท่านเคยแพ้วัคซีนอื่นๆ หรือยาอื่นๆ อย่างรุนแรง
ขอให้ท่านแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อประเมินความเสี่ยง
อีกครั้งก่อนให้วัคซีน**

[] ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และได้ทำความเข้าใจแล้ว



* อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียงแหบ หรือหายใจมีเสียงดัง
ลมพึม ซีดขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว หรือเวียนศีรษะ

