

แบบคัดกรองและใบยินยอมการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 (ปรับปรุง 21 เม.ย 64)

หน่วยบริการ.....โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ 2564

ชื่อ- นามสกุล.....HN.....อายุ.....ปี วัน / เดือน / ปีเกิด.....

เบอร์โทรศัพท์.....ที่อยู่.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่าท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่ หากมีข้อสงสัยโปรดถามเจ้าหน้าที่		ใช่	ไม่ใช่	แนวทางปฏิบัติเมื่อตอบว่า“ ใช่”
1	อายุต่ำกว่า 18 ปี			งดฉีดวัคซีน
2	เคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง			
3	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา			
4	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด -19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา			
5	คุณมีโรคประจำตัวที่อาการไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยใจสั่น เป็นต้น			ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์
6	คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่นๆ			
7	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร หรือวางแผนตั้งครรภ์			
8	เป็นผู้ที่มีภาวะคุมกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิกัน			ปรึกษาแพทย์ที่รักษาประจำเพื่อพิจารณา
9	มีภาวะเลือดออกง่ายหรือ หยุดยาก เกิดเลือดดำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด			
10	คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน			เลื่อนการฉีดและปรึกษาแพทย์
11	คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น (กรณีเป็นหวัดเล็กน้อยไม่มีไข้สามารถฉีดได้หรือปรึกษาแพทย์)			

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 ได้ในระดับสูงและสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการ หลังจากฉีดวัคซีน-19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโควิด-19

***โดยทั่วไปการฉีดวัคซีนหรือสารใดๆไม่สามารถทำนายการแพ้ล่วงหน้าได้* อาจเกิดอาการผิดปกติจากฉีดวัคซีนได้ดังต่อไปนี้**

อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง ที่อาจเกิดขึ้นและหายเองได้ 1-2 วัน เช่น ไข้ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ หรือมีอาการปวด บวมแดงบริเวณที่ฉีด ต่อมไต้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีน เป็นต้น

อาการแพ้วัคซีนผิดปกติอย่างรุนแรง แต่มีโอกาสเกิดขึ้นได้น้อยมากเช่น ผื่นแดงทั่วตัว หน้าบวม คอบวม วิงเวียนใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ หอบเหนื่อย มึนงงสับสนหมดสติ เป็นต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านและตรวจสอบโดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว ข้าพเจ้าขอ () ปฏิเสธ () ยินยอม ให้ทำการฉีดวัคซีนโควิด -19 โดยข้าพเจ้ารับทราบ ว่าอาจมีเหตุสุดวิสัยเกิดขึ้นได้ และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นความบกพร่องหรือความผิดของแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน พร้อมกันนี้ได้ลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....ญาติ

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่

(.....) พยานฝ่ายผู้รับบริการ

(.....)

ชื่อ- สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

1. การคัดกรอง / ประเมินผู้ป่วยก่อนฉีดวัคซีน

1.1 สัญญาณชีพ BP/.....mmHg PR...../min RR...../min T.....° C น้ำหนัก.....kg , สูง.....cms.

1.2 โรคประจำตัว () ไม่มี () มี

*หาก BP >160 /100 mmHg , puls >100 ให้นั่งพัก 15 นาที แล้ววัดรอบ 2 หากยัง >160 /100 mmHg , puls >100 ส่งปรึกษาแพทย์

**หาก BP ≤ 90 / 60 mmHg , puls ≤60 ให้ติดใบสื่อสารหรือสัญลักษณ์ “ ผู้ป่วยเฝ้าระวังใกล้ชิด ”

2. เฝ้าระวังการสังเกตอาการผิดปกติหลังฉีดวัคซีน 30 นาที

2.1 ไม่มีอาการผิดปกติ สัญญาณชีพก่อนกลับบ้าน เวลา.....น. BP/.....mmHg PR...../min
RR...../min T.....°C

2.2 มีอาการผิดปกติ

สัญญาณชีพ BP/.....mmHg , PR..... / min , RR...../min , T.....°C

() ไข้ () ปวดศีรษะ วิงเวียน () ปวดบิต้องท้องเสีย () คลื่นไส้ อาเจียน

() เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก () เสียงแหบ คัดจมูก

() ผื่นแพ้ยา ผื่นแดงตามตัว

() ความดันต่ำ () มือเท้าเย็น เหงื่อออก () ซีพจรเต้นอ่อน ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว

() สับสน มึนงง หมดสติ

() อื่นๆ.....
.....
.....

หาก BP >160 /100 mmHg , puls >100 ให้นั่งพัก 30 นาที แล้ววัดรอบ 2 หากยัง >160 /100 mmHg , puls > 100 ส่งปรึกษาแพทย์

ส่งต่อที่ () กลับบ้าน

() ส่งตรวจ ER โดยรถพยาบาล

()