



ที่ ค.จ.059/2565

โรงเรียนดารารจรัส อำเภอบางคล้า
จังหวัดฉะเชิงเทรา 24110

18 มีนาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นอนุบาล 2 - ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในปีการศึกษา 2564
เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 จำนวน 1 ชุด
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 สำหรับนักเรียน จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนซึ่งศึกษาในระดับอนุบาล 2 - ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในปีการศึกษา 2564 เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาลบางคล้า จะมาให้บริการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนในระดับชั้นอนุบาล 2 - ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในปีการศึกษา 2564 โดยกำหนดให้นักเรียนมาฉีดวัคซีนในวันอังคารที่ 22 มีนาคม 2565 ณ อาคารเซนต์ลอเรนซ์ โรงเรียนดารารจรัส แบ่งตามระยะเวลา ดังนี้

นักเรียน	เวลา
นักเรียนที่เรียนพิเศษภาคฤดูร้อนที่โรงเรียน	08.30 - 10.30 น.
นักเรียนที่ไม่ได้เรียนพิเศษภาคฤดูร้อนที่โรงเรียน	10.30 - 12.00 น.

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการอนุญาตให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 พร้อมลงชื่อผู้ปกครองในเอกสารใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนฯ และแบบคัดกรองในวันที่มาฉีดวัคซีน

ขอแสดงความนับถือ

(นางจินดาพร นพพะ)
ผู้อำนวยการโรงเรียนดารารจรัส

โทรศัพท์ 0-3854-1403

โทรสาร 0-3854-2059

เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง เพื่อให้นักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3
และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับวัคซีนวัคซีน ไฟเซอร์(ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง

ให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีน ไฟเซอร์(ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SAR-CoV-2) ซึ่งติดต่อจากการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการประมาณ 2 - 14 วัน อาการของโรคมั้ตั้งแต่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่รับรส และอาจจะรุนแรงจนเกิดอาการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

อาการป่วยในเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 อาจไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หรือมีอาการ เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ สามารถรักษาหรือหายเองได้ โดยอาจเกิดอาการอักเสบหลายระบบ หรือ มิสซี (Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)) หลังจากหายป่วย แต่พบได้น้อยมาก

ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เนื่องด้วยเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่ร่วมกัน ดังนั้น การฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 11 ปีจึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอที่จะป้องกันโควิด 19

วัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี (ครอบคลุมถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน)

วัคซีนโควิด 19 ที่สามารถฉีดได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 - 11 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขให้บริการ คือ วัคซีนไฟเซอร์ (ไฟเซอร์ - BioNTech) ผลิตจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5-11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งใช้ที่กำหนด (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

ขนาดที่ใช้ในเด็ก ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ฉีดวัคซีนขนาด 10 ไมโครกรัม ปริมาณ 0.2 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 12 สัปดาห์ โดยระยะห่าง 8 - 12 สัปดาห์ จะดีกว่า 3 - 4 สัปดาห์ เพราะได้ระดับภูมิคุ้มกันที่สูงกว่า

อาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีน ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปตัวเองใน 1 - 2 วัน โดยอาจพบอาการ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการ หลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาที ในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

สิ่งที่ควรปฏิบัติหลังฉีดวัคซีน แนะนำให้งดออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเล่นอย่างหนักเป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อภาวะแทรกซ้อนหากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และถ้าเด็กมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง เช่น อาการใจสั่น เจ็บหน้าอ หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ให้รีบไปพบแพทย์ทันที หรือ โทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ข้าพเจ้าชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)

เป็นผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่. บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ของนักเรียน (ถ้ามี)

ชื่อ - นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขบัตรประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ) สัญชาติ

ชื่อสถานศึกษาชั้น.....ห้อง

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า () ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) โดยสมัครใจ

() ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

สาเหตุ (ถ้ามี).....

และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ผ้าสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียน

ชั้นอนุบาล1-3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน

นักเรียน/ผู้ปกครอง/ครู กรอกข้อมูล

ชื่อ-สกุล.....

เลขบัตรประชาชน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ชั้น...../..... เบอร์ติดต่อ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

กลุ่มเป้าหมาย (เฉพาะ รพ.)

นักเรียน 5-11ปี ร.ร.....

คิวที่

คุณหม่อม

น้ำหนัก

ส่วนสูง

PFIZER

เข็มที่

Note

คำชี้แจง : ให้ผู้ปกครอง กรณกรอกข้อมูล โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความจริง เพื่อให้เจ้าหน้าที่พิจารณาว่าเด็ก/นักเรียน สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

เกณฑ์		ใช่	ไม่ใช่	เกณฑ์		ใช่	ไม่ใช่
1	เด็ก/นักเรียนมีอายุ 5 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป			5	เด็ก/นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์(เฉพาะเพศหญิง)		
2	เด็ก/นักเรียน เคยมีประวัติแพ้วัคซีน โควิด 19 หรือ ส่วนประกอบของวัคซีน โควิด 19 หรือ มีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีน โควิด 19 ชนิดอื่นแทน)			6	เด็ก/นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล หรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)		
3	เด็ก/นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อ โควิด 19 ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา			7	เด็ก/นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่		
4	เด็ก/นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จนต้องนอน รพ. ตลอดเวลา เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำให้ได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)			8	เด็ก/นักเรียนได้รับวัคซีนใดๆมาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่		
				9	เด็ก/นักเรียน/ผู้ปกครองมีความกังวลใจมาก ในการรับวัคซีน โควิด 19 (ขอเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายกังวล ก่อนรับวัคซีน โควิด 19)		

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน โควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง ทั้งนี้ ยินยอมให้นักเรียนฉีดวัคซีน โควิด 19

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

ผู้รับบริการได้รับการประเมินติดตามอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับการฉีด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาทีแล้ว ปรากฏว่า

() ไม่พบอาการผิดปกติ () พบอาการผิดปกติ

() ความรุนแรง () ไม่รุนแรง () ปานกลาง () รุนแรง

อาการ () ปวดบวมบริเวณที่ฉีด () มีไข้ () ปวดศีรษะ

() คลื่นไส้ () อาเจียน () ท้องเสีย () เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

() ปวดกล้ามเนื้อ () กล้ามเนื้อ อ่อนแรง () ผื่น

() อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมินAEFI

ผู้ฉีดยา (พยาบาล).....