

แนวทางการให้บริการ  
วัคซีนโควิด 19 (PFIZER)  
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
อายุ 12 ปี ขึ้นไป  
ที่ศึกษาอยู่ในระดับ  
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

---

กรมควบคุมโรค

ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2564

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer)  
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป  
ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา  
หรือเทียบเท่า

กรมควบคุมโรค  
กันยายน 2564



แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19  
(Pfizer) สำหรับนักเรียน ฯ



แนวทางการใช้วัคซีน Pfizer  
1.5 ล้านโดส



แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ฯ  
ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป  
ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

**ที่ปรึกษา**

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์  
ดร.สุภัทธร จำปาทอง  
นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร  
แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน

อธิบดีกรมควบคุมโรค  
ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ  
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค  
ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

**คณะบรรณาธิการ**

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา  
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ  
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล  
แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์  
แพทย์หญิงวัลย์รัตน์ ไชยฟู  
นายแพทย์สรวิฑูรย์ บุญสุข  
นายแพทย์ชนินทร์ สนธิไชย  
แพทย์หญิงปิยดา อังศุวัชรากร  
นางสาวปรารณพิชญ์ วิหารทอง  
นายเผด็จศักดิ์ ขอบธรรม

ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค  
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค  
รองอธิบดีกรมอนามัย  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

## คำนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ เช่น คัดกรองและเฝ้าระวังโรค กักตัวผู้มีความเสี่ยง รักษาระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า งดจัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม เป็นต้น แต่สิ่งที่เป็ความหวังของรัฐบาลและประชาชนในขณะนี้คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้น ๆ ว่า วัคซีนโควิด 19 นั้น ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีนดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการใช้วัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพของประเทศจะดำเนินการได้

เพื่อให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 6 หรือเทียบเท่า มีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีน Pfizer ในกลุ่มดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงได้จัดแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กรมควบคุมโรค  
กันยายน 2564

## สารบัญ

	หน้า
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) .....	1
การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า .....	2
1. วัตถุประสงค์.....	2
2. กลุ่มเป้าหมาย.....	2
3. พื้นที่ดำเนินการ.....	2
4. รูปแบบการดำเนินงาน.....	2
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง .....	3
6. การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา.....	4
<b>ภาคผนวก .....</b>	<b>8</b>
ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน .....	9
ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา.....	10
ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer รายสถานศึกษา รายจังหวัด .....	11
ภาคผนวกที่ 4 แบบแจ้งความต้องการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า รายโรงพยาบาล รายจังหวัด .....	12
ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ .....	13
ภาคผนวกที่ 6 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า .....	14
ภาคผนวกที่ 7 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า .....	16
ภาคผนวกที่ 8 แบบสรุปผลการให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า .....	17
ภาคผนวกที่ 9 การดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 .....	18
ภาคผนวกที่ 10 แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค .....	19

## แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2564

### ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 (Pfizer)

วัคซีน Pfizer มีชื่อทางการค้า คือ Comirnaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ที่สามารถดำเนินการผลิตได้ง่าย รวดเร็ว กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี ในกรณีที่มีการกลายพันธุ์ของไวรัส จะปรับปรุงวัคซีนได้ง่าย มีข้อมูลการศึกษาและใช้จริงในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรป พบประสิทธิภาพสูงมาก รวมทั้งการศึกษาในประเทศอิสราเอล พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อทั้งหมด ได้ร้อยละ 95 ป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มีอาการได้ร้อยละ 91 ป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากปวยหนั และเสียชีวิตได้ ร้อยละ 97 และการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลได้ถึง ร้อยละ 91 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก และในประเทศสกอตแลนด์พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลได้ถึง ร้อยละ 91 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก มีข้อมูลการใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องว่าปลอดภัยและ ได้ผลดี และมีการรับรองและยอมรับสำหรับประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา อาจทำให้เกิดอุปสรรคน้อยกว่า ในการต้องเดินทางเข้าเมืองในประเทศเหล่านั้น มีอาการข้างเคียงพบได้บ่อย แต่ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นเทคโนโลยีใหม่ จึงทำให้มีความกังวลถึงผลข้างเคียงในระยะยาว

**ขนาดต่อโดส:** วัคซีนไฟเซอร์ บรรจุในขวดแก้วสำหรับใช้หลายโดส (Multiple Doses Vial) ชนิด preservation free ในหนึ่งขวดบรรจุวัคซีน 0.45 มิลลิลิตร หลังจากเจือจางแล้ว 1 ขวดวัคซีนประกอบด้วย วัคซีน 6 โดส โดสละ 30 ไมโครกรัมใน 0.3 มิลลิลิตร

**วิธีการฉีด:** เข้าชั้นกล้ามเนื้อ

**กำหนดการให้วัคซีน :** กำหนดให้วัคซีน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์

**อายุที่สามารถฉีดวัคซีนได้:** 12 ปีขึ้นไป

**การเก็บรักษาวัคซีน:**

**กรณีแช่แข็ง**

- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -80 ถึง -60 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 6 เดือน
- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -25 ถึง -15 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 2 สัปดาห์

**ละลายจากการแช่แข็ง**

- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 2 ถึง 8 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 1 เดือน นับตั้งแต่นำออกจากอุณหภูมิติดลบ
- ขวดวัคซีนที่ยังไม่ได้เจือจาง สามารถเก็บได้ที่อุณหภูมิห้องได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมงรวมระยะเวลาในการละลาย

## การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเป้าหมาย

### 2. กลุ่มเป้าหมาย

นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือประกาศนียบัตร  
วิชาชีพ (ปวช./ปวส.) หรือเทียบเท่า

### 3. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการพร้อมกัน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

### 4. รูปแบบการดำเนินงาน

กำหนดให้บริการวัคซีน Pfizer ผ่านสถานบันการศึกษา (รูปแบบวัคซีนนักเรียน; School-based  
vaccination) เช่น

- โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน
- สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.)
- โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจ  
แห่งชาติ
- โรงเรียนสอนศาสนา เช่น โรงเรียนพระปริยัติธรรม กองพุทธศาสนศึกษา สำนักงาน  
พระพุทธศาสนาแห่งชาติ สถาบันการศึกษาปอเนาะ หรือโรงเรียนสอนศาสนาอื่นๆ เป็นต้น
- สถาบันการศึกษาอื่นๆ ที่มีผู้มีอายุ 12 ปีขึ้นไป กำลังศึกษาอยู่ เช่น โรงเรียนทหาร  
กระทรวงกลาโหม โรงเรียนคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

ทั้งนี้ หากนักเรียน/นักศึกษาในสถานบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้  
พร้อมกับนักเรียนร่วมสถานบันการศึกษา และในกรณีที่นักเรียน/นักศึกษาไม่สามารถเข้ารับวัคซีนผ่าน  
สถานศึกษา เช่น กรณีอาศัยอยู่นอกพื้นที่และไม่สามารถเดินทางมารับวัคซีนได้ ขอให้คณะกรรมการโรคติดต่อ  
จังหวัด/กรุงเทพมหานคร พิจารณาจัดหาช่องทางการเข้าถึงวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวตามความเหมาะสม  
เพื่อไม่ให้เสียโอกาสในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

## 5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการให้วัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ดังนี้

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การดำเนินงาน
5.1	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด/กรุงเทพมหานคร	<ol style="list-style-type: none"> <li>บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือ คณะอนุกรรมการการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร</li> <li>ประสานงานกระทรวงศึกษาธิการ ศึกษาธิการจังหวัด หรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อเตรียมการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน</li> <li>สำรวจเป้าหมาย จัดทำแผนจัดสรร และกำหนดช่วงเวลาเข้ารับวัคซีนของนักเรียน</li> <li>กำหนดสถานพยาบาลคู่ปฏิบัติกับสถานศึกษา รวมถึงจุดให้บริการวัคซีน จำนวนผู้รับบริการ ให้สอดคล้องกับแผนวัคซีนกรมควบคุมโรค</li> <li>ประสานผู้บริหารโรงเรียนเพื่อนำนักเรียนเข้ารับวัคซีน</li> <li>กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (MoPH Immunization Center; MoPH IC)</li> </ol>
5.2	กระทรวงศึกษาธิการ และ หน่วยงานต้นสังกัดของ สถานศึกษาอื่น ๆ	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำกับติดตามการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน ตามนโยบายของประเทศ</li> <li>รวบรวมข้อมูลนักเรียนและแจ้งแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร</li> </ol>
5.3	สถานศึกษา	<ol style="list-style-type: none"> <li>ชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีน และจัดส่งคำแนะนำการให้วัคซีนและเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษา</li> <li>แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร กำหนดไว้</li> </ol>
5.4	สถานพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดระบบการให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจสอบเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษา ชักประวัติ คัดกรองฉีดวัคซีน นัดหมาย ออกเอกสารรับรองการฉีดวัคซีน และเฝ้าระวัง AEFI</li> <li>รับ-จ่ายวัคซีน จัดเก็บวัคซีน และรายงานสถานะคงคลัง</li> <li>บันทึกผลการให้บริการในระบบ MoPH IC ให้ครบถ้วนทุกรายและเป็นปัจจุบัน</li> </ol>
5.5	กรมควบคุมโรค	<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดส่งวัคซีน Pfizer และอุปกรณ์การฉีด (เริ่มส่ง ตุลาคม 2564)</li> <li>ติดตามผลการฉีดวัคซีนในภาพรวมของประเทศ</li> </ol>



## 6. การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา

เพื่อให้การดำเนินงานให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา มีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงควรมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

### 6.1 การเตรียมก่อนการให้บริการ

เนื่องจากวัคซีน Pfizer เป็นวัคซีนชนิดใหม่ที่ให้บริการในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการเตรียมการให้บริการ มีรายละเอียด ดังนี้

#### ● สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด สำหรับกรุงเทพมหานครบริหารจัดการวัคซีน โดยคณะอนุกรรมการการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร
2. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและแผนการจัดสรรวัคซีน Pfizer จากกรมควบคุมโรค
3. ประสานศึกษาธิการจังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา เพื่อทราบจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 2 และแจ้งจำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีนมายังกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 3
4. จัดทำแผนการดำเนินการให้วัคซีนสำหรับนักเรียน ประกอบด้วย กำหนดสถานพยาบาลที่ให้บริการกับแต่ละโรงเรียน จำนวนนักเรียนที่รับการฉีดวัคซีน ช่วงเวลาเข้ารับวัคซีน แผนการจัดสรรวัคซีนระดับพื้นที่ตามจำนวนวัคซีนที่ได้รับแจ้งจากกรมควบคุมโรค
5. แจ้งแผนการจัดส่งวัคซีน ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่ต้องจัดส่งวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่ต้องการ ไปยังกรมควบคุมโรค ภายหลังจากทราบยอดจัดสรรวัคซีนจากกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 4
6. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC และการติดตามผลการให้บริการ รายโรงเรียน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 8
7. บริหารจัดการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน

#### ● สถานศึกษา

1. สสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 - 2
2. ชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน และจัดส่งคำแนะนำการให้วัคซีนรวมทั้งเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า รายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 5 – 6 (เอกสารแจ้งความประสงค์ฯ ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2564)

- **สถานพยาบาล**

จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐาน วัคซีน และสถานที่ให้วัคซีน ดังนี้

**1. การเตรียมวัคซีน**

- **อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม ได้แก่** วัคซีนไฟเซอร์ สารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% ชนิดฉีดที่มีปริมาตร  $\geq 2$  มิลลิลิตร กระจกฉีดยาและเข็มฉีดยา ชนิด Low Dead Volume และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น สำลี แอลกอฮอล์ ถุงมือ เป็นต้น
- **การเตรียมวัคซีน** สถานพยาบาลสามารถดำเนินการ ดังนี้
  - เตรียมขวดวัคซีน สารละลาย 0.9% Sodium chloride กระจกฉีดยาขนาด 3 มิลลิลิตร พร้อมเข็มเบอร์ 21 G 1.5 นิ้ว สำหรับดูดสารละลาย 0.9% Sodium chloride จากนั้นทำความสะอาดฝาขวดวัคซีนด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ และบิดส่วนปากของแอมพูลให้ขาดออก
  - ผสมวัคซีน โดยดูดสารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% ปริมาตร 1.8 มิลลิลิตรเท่านั้น โดยให้แน่ใจว่าไม่มีฟองอากาศ ฉีดสารละลาย 0.9% Sodium chloride ลงในขวดวัคซีนเบา ๆ โดยพยายามไม่ให้มีฟองอากาศเด็ดขาด หากมีให้หยุดการฉีดก่อน และปล่อยให้ฟองอากาศหมดก่อนและค่อย ๆ ฉีดสารละลายจนกระทั่งครบ 1.8 มิลลิลิตร ดูดอากาศในขวดออก 1.8 มิลลิลิตร เพื่อปรับความดันในขวด จากนั้นดึงเข็มออกทำการผสมวัคซีน โดยการคว่ำขวดขึ้นลงเบา ๆ 10 ครั้ง ห้ามเขย่าเด็ดขาด
  - วัคซีนที่ผสมแล้ว 1 ขวดวัคซีนประกอบด้วย วัคซีน 6 โดส โดสละ 30 ไมโครกรัมใน 0.3 มิลลิลิตร
  - วัคซีนที่เจือจางแล้วสามารถเก็บที่อุณหภูมิห้อง (ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส) หรือในตู้เย็น (2 ถึง 8 องศาเซลเซียส) และต้องถูกใช้ภายใน 6 ชั่วโมง นับจากเวลาที่เจือจาง
  - ให้ทั้งวัคซีนใดๆ ที่เหลืออยู่ในขวดวัคซีน (หรือในกระบอกฉีดยา) เมื่อครบ 6 ชั่วโมงหลังจากเจือจาง
  - ควรใช้กระบอกฉีดยาและ/หรือเข็มฉีดยาชนิด low dead-space (LDS) เพื่อให้สามารถดูดวัคซีนออกมาจากขวดวัคซีนได้ 6 โดส หากใช้กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาแบบมาตรฐาน วัคซีนหนึ่งขวดอาจมีปริมาตรไม่เพียงพอสำหรับการดูดวัคซีนโดสที่ 6 ทั้งนี้หลังจากเจือจางไม่ว่าใช้วัคซีนเข็มใด ขนาดวัคซีนสำหรับฉีดแต่ละโดส ต้องมีปริมาตร 0.3 มิลลิลิตร หากปริมาณวัคซีนที่เหลืออยู่ในขวดวัคซีนไม่เพียงพอสำหรับการฉีดวัคซีนเต็มโดส ที่ขนาด 0.3 มิลลิลิตร ให้ทั้งขวดวัคซีนและวัคซีนใดๆ ที่เหลือในขวด ห้ามนำวัคซีนที่เหลือจากหลายขวดวัคซีนมารวมกัน
  - ในการฉีดนั้น บริษัทผู้ผลิตให้คำแนะนำว่าสามารถใช้เข็มเดียวกันทั้งในการดูดวัคซีนออกจากขวดและการฉีดวัคซีนให้กับผู้รับบริการด้วยเข็มเบอร์ 25/26 G (หากไม่มีเข็มเบอร์ 25/26 G สามารถใช้ได้ตั้งแต่เข็มเบอร์ 23 G หรือที่มีปลายแคบกว่า) เพื่อลดการสูญเสีย

วัคซีนอยู่ในเข็มและทำให้ได้ปริมาตรครบ 0.3 มิลลิลิตร ดังนั้น ในการเตรียมวัคซีนแต่ละโดส ควรแทงเข็มเพื่อดูวัคซีนและฉีดให้แก่ผู้รับบริการทันทีโดยไม่ต้องเปลี่ยนเข็ม ในกรณีที่เข็มเสียหายหรือปนเปื้อน สามารถเปลี่ยนเข็มที่ฉีดใหม่เพื่อฉีดวัคซีนให้กับผู้รับบริการ

- 2. เตรียมสถานที่ให้บริการที่มีแพทย์/พยาบาล ดูแล และสามารถให้การช่วยเหลือได้ รวมถึงจุดให้บริการนอกสถานพยาบาล โดยจัดสถานที่แยกจุดรอบริการ จุดให้บริการ ที่นั่งเฝ้าสังเกตอาการ ให้เป็นสัดส่วนตามหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) พร้อมเตรียมวัสดุอุปกรณ์การฉีด อุปกรณ์กึ่งชีพ และเตรียมระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุฉุกเฉิน**

## 6.2 การให้บริการ

- ตรวจสอบความพร้อมก่อนให้บริการ ได้แก่ การกำหนดลำดับขอวัคซีนเรียงตามวันหมดอายุ ตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ครบถ้วนถูกต้องพร้อมใช้งาน
- ยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ
- ตรวจสอบเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษา
- ชักประวัติ คัดกรอง และให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย
- ฉีดวัคซีนบริเวณต้นแขนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ตามขนาดและตำแหน่งที่กำหนดด้วยวิธี sterile technique หลังฉีดวัคซีนให้พักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที และบันทึกอาการก่อนกลับบ้าน
- ภายหลังจากฉีดให้เจ้าหน้าที่นัดหมายการฉีดวัคซีนเข็มถัดไปในระบบ MoPH IC และหากกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ขอให้ตรวจสอบและพิมพ์เอกสารรับรองเพื่อเป็นหลักฐานการได้รับวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมาย
- ในกรณีที่มีวัคซีน Pfizer ที่เหลือจากการฉีดกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าครบถ้วนทุกคนแล้ว อาจพิจารณาบริหารจัดการวัคซีนที่เหลือดังกล่าวเพื่อประโยชน์สูงสุดในการป้องกันควบคุมโรคในสถานศึกษา โดยให้วัคซีนในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา เช่น ครู นักการภารโรง หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

## 6.3 การดำเนินงานหลังให้บริการ

- ให้นำหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน บันทึกผลการให้บริการวัคซีน Pfizer ของผู้รับวัคซีนในระบบ MoPH IC ทุกราย ทั้งกรณีให้บริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และการติดตามผลการให้บริการรายสถานศึกษา รายชั้นปี ในพื้นที่รับผิดชอบ
- เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เนื่องจากวัคซีนโควิด 19 เป็นวัคซีนใหม่ที่พัฒนาและผลิตขึ้นอย่างเร่งด่วน ที่ใช้ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน เพื่อเป็น

การกำกับติดตามความปลอดภัยและประกันความมั่นใจของกลุ่มเป้าหมายต่อวัคซีนและงาน  
บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 9 - 10

- ขวดวัคซีนและอุปกรณ์การฉีดวัคซีนให้ทำลายแบบขยะติดเชื้อตามระบบปกติที่หน่วยงาน  
ดำเนินการอยู่

# ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6  
หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน  
ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....  
สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์ รับวัคซีน Pfizer	หมายเหตุ
1					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
2					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
3					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
4					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
5					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
6					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
7					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
8					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
9					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
10					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
11					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
12					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
13					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
14					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
15					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
16					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
17					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
18					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
19					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
20					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
	<b>รวม</b>					

- หมายเหตุ : 1. หากนักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถานศึกษา  
2. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง (ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2564 )  
3. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา



ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า  
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า  
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา  
ชื่อโรงเรียน.....  
สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
1	ม.1 หรือ.....			
2	ม.2 หรือ.....			
3	ม.3 หรือ.....			
4	ม.4 หรือ.....			
5	ม.5 หรือ.....			
6	ม.6 หรือ.....			
	รวม			

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร  
เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป



สแกน QR code





ภาคผนวกที่ 4 แบบแจ้งความต้องการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า รายโรงพยาบาล รายจังหวัด

แบบแจ้งความต้องการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า รายโรงพยาบาล รายจังหวัด

จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมจำนวนวัคซีน Pfizer ที่ต้องการ (โดส) และกำหนดช่วงวันที่ให้บริการเป็น  
รายสัปดาห์ จำแนกรายโรงพยาบาล

ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนวัคซีน Pfizer ที่ต้องการ (โดส)	ช่วงวันที่ให้บริการ (เป็นรายสัปดาห์)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
	รวม		

หมายเหตุ: ขอให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ส่งแบบความต้องการฯ ไปยังกรมควบคุมโรค

ภายในวันที่ 27 ก.ย. 2564 ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อพิจารณาจัดสรรวัคซีนต่อไป



สแกน QR code

## ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ฉีดวัคซีนไฟเซอร์



### เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์

#### ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอวัยวะหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ในขณะนี้ (ณ วันที่ 15 กันยายน 2564) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย ให้ใช้ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป มีเพียงชนิดเดียว ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) และได้ผ่านการเห็นชอบให้ใช้วัคซีนดังกล่าวจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยวัคซีนนี้เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีนไฟเซอร์ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่แน่ใจหรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรดื่มน้ำตามหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม

แต่การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบฉับพลัน โดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย หลุดลมตีบ 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 หายใจไม่อิ่มหรือใจสั้น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้นพบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่แน่ใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั้น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั้น 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 : ขอให้ท่านเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน  
 ข้อควรระวังเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code



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



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้  
พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

- |   |   |                              |                                 |
|---|---|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด  | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2 | นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19<br>หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด<br>อื่นแทน)   | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3 | นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน  | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4 | นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของ<br>โรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการ<br>กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรค<br>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<br>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<br>(ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ<br>และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)   | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้  
พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ 7 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ที่ .....

โรงเรียน.....

กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบสำรวจและเอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/  
นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 ชุด

2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง  
อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษาซึ่งศึกษาใน  
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 -6 หรือเทียบเท่า ในวันที่ ..... เวลา ..... จึงเรียนมาเพื่อขอ  
ความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อ  
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่  
.....รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

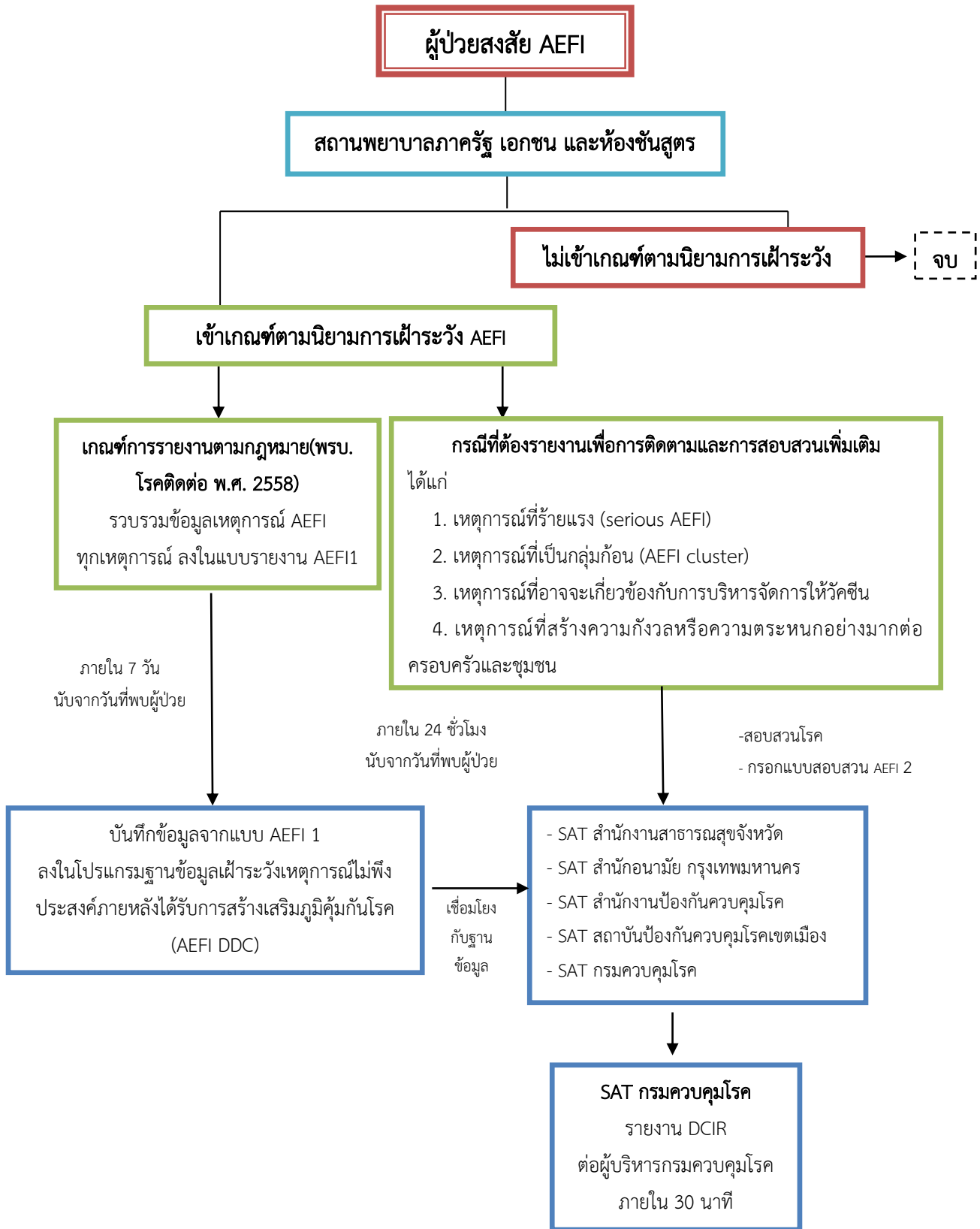
ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร. ....



ภาคผนวกที่ 9 การดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19



ภาคผนวกที่ 10 แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1 Form)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย									
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....		ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก .....		อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
*คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....		โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....		เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุเวลาที่.....							
อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		ประวัติการเข้ายาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก		ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ .....							
*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....									
(2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข).....									
ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่	*ว/ด/ป ที่ได้รับ	*เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิตวัคซีน	*เลขที่ผลิต	*วันหมดอายุ
(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย									
<input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever ≥ 38 °C <input type="checkbox"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปถึงข้อที่ใกล้ที่สุด		<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia		<input type="checkbox"/> Osteitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others.....		รายละเอียดอาการและการตรวจพบ  วินิจฉัยของแพทย์..... ว/ด/ป ที่เกิดอาการ..... เวลาที่เกิดอาการ..... ว/ด/ป ที่รับรักษา..... ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....			
*ความร้ายแรงของอาการ <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ระบุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="checkbox"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> รับไว้รักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความผิดปกติแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์ .....									
*สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)..... <input type="checkbox"/> ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> มี สถานที่ทำการ.....									
(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....									
(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน						(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น			
ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....						<input type="checkbox"/> ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความสัมพันธ์			
ชื่อผู้รายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> นักระบาดวิทยา <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> งาน EPI <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> น่าจะใช่			
หน่วยงานที่รายงาน..... จังหวัด..... โทร.....						<input type="checkbox"/> อาจจะใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
Email..... ว/ด/ป ที่ส่งรายงาน.....						<input type="checkbox"/> ความบกพร่องของวัคซีน			
ว/ด/ป ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงาน.....						<input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ			
ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แนบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี).....						<input type="checkbox"/> เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง			
.....						<input type="checkbox"/> ความกลัว/ความกังวล			
.....						<input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้			

\*ให้เดิมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ \* ต้องเดิมข้อมูลให้ครบถ้วนไม่ได้



## แบบสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AEFI ร้ายแรง : เสียชีวิต พิการไร้ความสามารถ รับประทานเป็นผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย														
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....						วันเดือนปีเกิด...../...../.....								
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก .....						อายุขณะป่วย ปี..... เดือน..... วัน.....								
คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....						อายุ <input type="checkbox"/> <1ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี								
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....						ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก								
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....														
จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....														
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี)..... โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....														
(2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน														
ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)..... ที่อยู่ถนน..... ตำบล.....														
อำเภอ..... จังหวัด..... <input type="checkbox"/> ภาครัฐ <input type="checkbox"/> ภาคเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....														
<input type="checkbox"/> เป็นสถานที่ตั้งถาวร <input type="checkbox"/> เป็นหน่วยเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....														
วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี <input type="checkbox"/> กรณีรณรงค์ <input type="checkbox"/> กรณีปกติในงานEPI <input type="checkbox"/> กรณีอื่น ๆ (ระบุ).....														
วัคซีน										ตัวทำลาย				
ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีให้	ตำแหน่ง	เข็มที่/ครั้งที่	ว/ด/ป ที่ได้รับ	เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิต	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ชื่อตัวทำลาย	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ว/ด/ป ที่ผสม	เวลาที่ผสม
(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน														
ข้อมูล				คำตอบ				ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด						
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
เคยมีอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
มีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา/อาหารหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ใน 30 วัน ก่อนได้รับวัคซีนครั้งนี้ เคยมีอาการป่วยหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
มีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ใน 30 วันที่ผ่านมา เคยเข้ารับการรักษาแบบเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาโรครักษาหรือไม่ (ถ้าใช่ ระบุชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาด และวันที่ใช้)				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
คนในครอบครัวเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ AEFI หรืออาการแพ้ใด ๆ หรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
สำหรับผู้หญิง				กำลังตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ (จำนวนสัปดาห์)..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
				กำลังให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่										
สำหรับทารก (อายุ <1 ปี) การคลอด				<input type="checkbox"/> ครบกำหนด <input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> เกินกำหนด				น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม						
				<input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย (Forceps, Vacuum etc.)										
				<input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน (ระบุ).....										

4. อาการ/การรักษา/การวินิจฉัย**	
แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ <input type="checkbox"/> สืบค้นเวชระเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....	
การชันสูตรศพทางวาจา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล).....	
อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน	
การวินิจฉัยของแพทย์.....	
ว/ด/ป ที่เริ่มเกิดอาการ .....	เวลาที่เริ่มเกิดอาการ.....ว/ด/ป ที่รับการรักษา.....ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....สถานที่รักษา.....แพทย์ผู้รักษา.....
สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> พิการ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป).....	
ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ.....	
<input type="checkbox"/> ไม่มีการพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> แต่มีแผนที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ .....	
(แนบใบรายงานผล ถ้ามี)	
** บันทึกข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ลงในช่องว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมในและนอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม)	
** กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น	
ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน.....	
ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน.....โทร. ....วันที่บันทึกข้อมูล.....

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน									
จำนวนผู้ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดในสถานที่ให้วัคซีนในวันนั้น	ชื่อวัคซีน								
	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน								
1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในเวลาใด <input type="checkbox"/> เป็นคนแรกๆของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
ในกรณีที่ได้รับวัคซีนมากกว่า 1 โดส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ภายใน 2-3 โดสแรก <input type="checkbox"/> เป็นโดสสุดท้าย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
2. มีข้อผิดพลาดของการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำในการใช้วัคซีนหรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
3. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วยอาจไม่ปราศจากเชื้อ (Unsterile technic) หรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
4. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าลักษณะทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วยผิดปกติ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
5. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือเตรียมวัคซีน (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายมิด ผสมวัคซีนกับตัวทำลายมิด ผิดพอ ปริมาณของวัคซีนที่ดูดเข้ากระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
6. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีน (เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน หรือในระหว่างการให้บริการไม่ดี เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
7. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าวัคซีนไม่ถูกต้อง (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้วัคซีน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
8. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนขวดเดียวกันกับผู้ป่วย .....คน มีอาการป่วย.....คน									
9. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนในวันเดียวกันกับผู้ป่วย.....คน มีอาการป่วย.....คน									
10. จำนวนผู้ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันในสถานบริการแห่งอื่น ๆ ในเขตอำเภอเดียวกัน จำนวนรวม.....คน จากสถานบริการ.....แห่ง มีอาการป่วย.....คน									
11. ผู้ป่วยรายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการป่วยเป็นกลุ่มก้อน <input type="checkbox"/> ใช่ ถ้าใช่: มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด.....ราย <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีนขวดเดียวกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่: จำนวนขวดวัคซีนที่ผู้ป่วยได้รับ.....ขวด (เพิ่มเติมรายละเอียด).....									
12. มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									

(6) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนในสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)	
กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาที่ใช้: ใช้ AD syringes ในการให้วัคซีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ้าไม่ใช่ AD syringes ใช้กระบอกฉีดยาชนิดใด	<input type="checkbox"/> ใช้ครั้งเดียวทิ้ง <input type="checkbox"/> นำกลับมาใช้ซ้ำ <input type="checkbox"/> แก้ว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
สำหรับวัคซีนที่ต้องผสมตัวทำลายมิดวัคซีน :	
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายมิดวัคซีนชนิดเดียวกันแต่ใช้กับหลายขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายมิดวัคซีนโดยใช้กับวัคซีนหลายชนิด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แยกกระบอกฉีดยาในการดูดตัวทำลายมิดวัคซีนในแต่ละขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
วัคซีนและตัวทำลายมิดที่ใช้ เป็นของบริษัทผู้ผลิตเดียวกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

(7) ระบบลูกโซ่ความเย็นและการขนส่ง (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)	
<b>การเก็บรักษาวัคซีน :</b>	
มีการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิตู้เย็น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/วัน
ถ้ามี พบว่าอุณหภูมิตู้เย็นต่ำกว่า +2 หรือสูงกว่า +8 °c หลังจากนำวัคซีนเข้าไปเก็บแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
ถ้าใช่ ให้เพิ่มเติมรายละเอียดในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain breakdown)	
ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการเก็บรักษาวัคซีน ตัวทำลาย และการใช้กระบอกฉีดยาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีสิ่งของอื่น (เช่น ยา อาหาร ) นอกจากวัคซีน และตัวทำลาย เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่ผสมแล้วยังเหลืออยู่เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่ (เช่น วัคซีนหมดอายุ ไม่มีฉลากที่ขวด VVM อยู่ในระยะ 3-4 หรือวัคซีนที่แข็งตัว)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีตัวทำลายที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้หรือไม่ (เช่น ตัวทำลายหมดอายุ ขวดมีรอยร้าว คนละบริษัทกับวัคซีน ขวดบรรจุสกปรก)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
<b>การขนส่งวัคซีน :</b>	
อุปกรณ์ที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน <input type="checkbox"/> กระติกวัคซีน <input type="checkbox"/> กล่องโฟม <input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่น ๆ ระบุ.....	
ขนส่งวัคซีนมาที่สถานที่ให้วัคซีน <input type="checkbox"/> ก่อนวันที่ให้บริการ <input type="checkbox"/> ในวันที่ให้บริการ	
มีการใช้ Conditioning ice-pack หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
(8) การสอบสวนในชุมชน	
(เยี่ยมพื้นที่ สัมภาษณ์บิดามารดา ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)	
มีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้และเกิดในตำบลเดียวกันกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ถ้ามี มีกี่ราย.....ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน.....ราย ไม่ได้รับวัคซีน.....ราย	
ไม่ทราบ.....ราย อธิบายรายละเอียด.....	
9. ข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรวจพบหรือสังเกตได้และข้อคิดเห็น	
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
วันที่สอบสวน.....	วันที่ส่งแบบสอบถาม(AEFI2).....
ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบถาม (AEFI2).....	ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบถาม (AEFI2).....
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน.....	E mail.....