



## เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์

### ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 ในเด็กส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ มีเพียงส่วนน้อยมากที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิต ซึ่งมักเป็นในเด็กที่มีโรคประจำตัว ข้อมูลถึงวันที่ 6 ตุลาคม 2564 มีเด็กเป็นโควิด 19 จำนวน 230,950 ราย เสียชีวิต 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.16 เกือบทั้งหมดเป็นเด็กที่มีโรคประจำตัว หรือเป็นทารกแรกเกิด อย่างไรก็ตามในเด็กแข็งแรงที่ติดเชื้อ จะมีโอกาสเกิดภาวะการอักเสบหลายระบบที่เรียกว่า มิสซี (MIS-C) ตามมา ในอัตราประมาณ 1:2,000-1:10,000 ซึ่งเด็กบางรายจะมีอาการหนักได้ แม้จะมีโอกาสเสียชีวิตน้อยมาก

ในขณะนี้ (ณ วันที่ 23 ตุลาคม 2564) มีวัคซีนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย ให้ใช้ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) และวัคซีนโมเดิร์นนา (Moderna) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรวัคซีนไฟเซอร์ให้แก่เด็กวัยรุ่นทุกคน โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ ซึ่งทั้งสองวัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีด 2 เข็ม ให้ประสิทธิภาพที่สูงกว่าการฉีดเพียงเข็มเดียว และยังสามารถป้องกันโรครุนแรงได้สูง

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปได้เองใน 1 - 2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล ส่วนอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) พบประมาณ 4 รายในล้านโดส มักเกิดภายใน 5 - 30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน มักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย หลอดลมตีบ หดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงมาก จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาที ในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

ได้มีรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนทั้งไฟเซอร์และโมเดิร์นนาในต่างประเทศ โดยภาวะนี้พบหลังฉีดเข็มที่ 2 มากกว่าเข็มที่ 1 และมักพบในเพศชายอายุน้อย (รายงานอัตราหลังฉีดเข็มที่สอง จากอเมริกาในวัยรุ่น 12 - 17 ปี 66.7 รายต่อล้านโดส จากประเทศอิสราเอลในวัยรุ่น 16 - 19 ปี 150.7 รายต่อล้านโดส หรืออัตรา 1:6,600 ราย) ส่วนในวัยรุ่นหญิงพบน้อยกว่ามาก (ประมาณ 9 - 10 รายต่อล้านโดส) อาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หรือ ใจสั่น อย่างไรก็ตามพบว่า เกือบทั้งหมดอาการไม่มากหายเป็นปกติได้ แต่ยังคงติดตามผลระยะยาว อย่างไรก็ตาม ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบกรณีเกิดป่วยด้วยโควิด 19 หรือภาวะ มิสซี จะพบได้บ่อยกว่าและรุนแรงกว่ามาก ซึ่งการให้วัคซีนจะป้องกันโรคและภาวะทางหัวใจจากโควิด 19 ด้วย

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงแนะนำให้วัยรุ่นหญิงทุกคน และวัยรุ่นที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 7 กลุ่มโรคทุกคนทั้งหญิงและชาย ที่อายุ 12 ปีขึ้นไป ควรได้รับวัคซีนที่รับรองโดย ออย. ให้ฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ สำหรับเด็กชายที่สุขภาพแข็งแรงอายุ 12 ถึงต่ำกว่า 16 ปี อาจให้ฉีดเพียงเข็มเดียว หรือ 2 เข็มก็ได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความสมัครใจและความประสงค์ของผู้ปกครองและเด็ก ภายใต้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงประโยชน์ต่อการป้องกันโควิด 19 โดยวัคซีน และความเสี่ยงของการรับวัคซีน รวมทั้งแนะนำให้งดการออกกำลังกายหนักภายหลังรับวัคซีน เป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หลังฉีดวัคซีนให้สังเกตอาการ หากมีอาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ให้รีบไปพบแพทย์ทันที

การเตรียมตัวก่อนรับวัคซีนไฟเซอร์ให้ปฏิบัติตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ หากมีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือไม่แน่ใจ ให้ปรึกษาแพทย์



## เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์

### 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 ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 เท่านั้น โดยสมัครใจ
- ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 โดยสมัครใจ
- ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ (ถ้ามี).....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน



ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19



## แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่  
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

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

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อม  
กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน