

ใบยินยอมรับสิทธิบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ข้าพเจ้า หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน/หมายเลขหนังสือเดินทาง/หมายเลขบัตรต่างด้าว

ได้รับทราบการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (วัคซีนโควิด-19) ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ อันเป็นสิทธิที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ ตามมาตรา 47 และ มาตรา 55 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ประกอบกับเป็นวัตถุประสงค์ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ตามมาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ พ.ศ. 2559 และ ที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 และรับรู้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้แก่ ความจำเป็นและประโยชน์ในการฉีดวัคซีน ชนิดของวัคซีน และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ดังนี้

1. วัคซีนโควิด-19 มีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรค และโอกาสเสียชีวิตได้อย่างไรก็ตามวัคซีนอาจป้องกันการติดเชื้อแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค แต่ข้าพเจ้าทราบดีว่าอาจยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้

2. วัคซีนโควิด-19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่อาจพบ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้ออ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียนต่อมได้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 บวมเป็นต้น ตลอดจนอาจมีผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าว ไม่ได้เกิดจากการกระทำโดยจงใจ หรือ ประมาทเลินเล่อของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

3. การฉีดวัคซีนนี้ เป็นการฉีดในภาวะฉุกเฉิน เพื่อลดการแพร่ระบาดของในสังคมและในประเทศไทย ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนได้ศึกษาเข้าใจถึงผลในเรื่องเกี่ยวเนื่องจากการใช้วัคซีนนี้ในภาวะฉุกเฉินเป็นอย่างดีแล้ว

4. ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน นำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ โดยไม่เปิดเผยชื่อเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการ และประโยชน์สาธารณะ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการจะไม่นำเข้าสู่ข้อมูลดังกล่าวไปเผยแพร่ต่อสาธารณชน

5. ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้รับการฉีดวัคซีนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งเป็นสิทธิที่ทางองค์กรหรือหน่วยงานมอบให้และทางองค์กรและหน่วยงานเป็นฝ่ายชำระค่าใช้จ่ายดังกล่าวเต็มจำนวน

ข้าพเจ้าขอยืนยันความประสงค์ และยินยอมรับสิทธิในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และจะปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ที่กำหนด ตลอดจนจะมาติดตามผลการฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามกำหนดนัดโดยเคร่งครัด

- ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด19
 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด19

ลงชื่อ.....

.....

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการวัคซีนโควิด 19

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....				
เบอร์โทรศัพท์ที่อยู่.....				
กรุณาทำเครื่องหมาย✓ ในช่องตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่ หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่				
รายละเอียด			ใช่	ไม่ใช่
1	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี			
2	คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)			
3	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา			
4	คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งจะมีการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)			
5	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์			
6	คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)			
7	คุณกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)			
8	คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน)			
9	คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)			
ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อความ และ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน				
<p>วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ท่านจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้</p> <p>ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น</p> <p>วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้ออ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมไต้่วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น</p> <p>หากคุณมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้วและรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงโดยข้าพเจ้า</p>				
<input type="checkbox"/> ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19		<input type="checkbox"/> ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19		
ลงชื่อ..... ผู้รับบริการวัคซีน/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม		ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ		
วันที่/...../.....		วันที่/...../.....		