

เอกสารแสดงความประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดรับประทาน (OPV) เสริม ในช่วงการรณรงค์

ส่วนที่ 1: ข้อมูลโรคโปลิโอและวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

โรคโปลิโอ เป็นโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งติดเชื้ในคนเท่านั้น และเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดการอักเสบของไขสันหลังเป็นสาเหตุให้มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อ อาจถึงขั้นพิการตลอดชีวิตหรือเสียชีวิต โดยเชื้อจะอาศัยอยู่ในลำไส้ของผู้ป่วยและถูกขับถ่ายออกมากับอุจจาระ ปัจจุบันโรคโปลิโอยังไม่มียารักษาให้หายขาด โรคโปลิโอเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดฉีด (IPV) จำนวน 2 ครั้ง ในเด็กอายุ 2 เดือน และ 4 เดือน และให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดรับประทาน (OPV) จำนวน 3 ครั้ง ในเด็กอายุ 6 เดือน 1 ปี 6 เดือน และ 4 ปี

การรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอเสริม เป็นหนึ่งในมาตรการกวาดล้างโรคโปลิโอที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ และกระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอเสริมในพื้นที่เสี่ยงที่ความครอบคลุมการรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอต่ำ พื้นที่ที่มีพรมแดนติดกับพื้นที่มีการระบาดของโรคโปลิโอหรือมีความเสี่ยงจากการเคลื่อนย้ายประชากร พื้นที่พรมแดนสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับภูมิคุ้มกันของเด็กในพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคโปลิโอให้สูงเพียงพอต่อการป้องกันโรคโปลิโอและรักษาสถานการณ์ปลอดโรคโปลิโอในประเทศไทย การให้วัคซีนในช่วงการรณรงค์เป็นการให้วัคซีนจำนวน 2 รอบ ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กต่างชาติอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อให้เด็กมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นและป้องกันการติดเชื้อโปลิโอทั้งในระดับบุคคลและประชากร ทั้งนี้ วัคซีนที่ให้ในช่วงรณรงค์เป็นวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดรับประทาน (OPV) เป็นวัคซีนที่มีความปลอดภัยสูง ผลข้างเคียงหลังรับวัคซีนที่อาจเกิดได้ เช่น ไข้ต่ำ ปวดท้อง หรือท้องเสีย ทั้งนี้ผลข้างเคียงพบได้น้อยมาก

ส่วนที่ 2 เอกสารแสดงความประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดรับประทาน (OPV) เสริม ในช่วงการรณรงค์

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล (ผู้ปกครอง) : มีความสัมพันธ์เป็น :
เป็นผู้ปกครองของ ชื่อ - นามสกุล : เลขบัตรประชาชน :
อายุ ปี..... เดือน วัน/เดือน/ปี เกิด : สัญชาติ :
ชื่อสถานศึกษา (ถ้ามี) ระดับชั้น ห้อง
หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง) :
ที่อยู่ติดต่อได้ (ผู้ปกครอง) :
ที่อยู่ติดต่อได้ (เด็ก) : อาศัยอยู่ที่เดียวกับผู้ปกครอง อาศัยอยู่คนละที่กับผู้ปกครอง โปรดระบุ.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลานรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดรับประทาน (OPV) เสริม ในช่วงการรณรงค์ ให้ครบตามเกณฑ์โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลานรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดรับประทาน (OPV) เสริม ในช่วงการรณรงค์ โปรดระบุสาเหตุ.....

.....และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง
ลงชื่อ..... ผู้รับวัคซีน / ผู้ปกครองเด็ก
(.....)
วันที่/...../.....

ข้อควรระวังกับการรับวัคซีน

- ห้ามให้วัคซีน OPV แก่ผู้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immune deficiency) หรือได้รับยาที่ทำให้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- ห้ามให้วัคซีน OPV แก่เด็กที่ผู้ใกล้ชิดในบ้านที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
- ไม่ให้วัคซีน OPV ในเด็กขณะยังอยู่ในโรงพยาบาล
- ไม่ควรให้วัคซีนโปลิโอในผู้ที่แพ้รุนแรง ต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นส่วนผสมของวัคซีน ได้แก่ Streptomycin, Neomycin หรือ Polymyxin-B
- ไม่ควรให้วัคซีน OPV ในหญิงตั้งครรภ์