แบบสอบถามผู้มารับบริการ
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

(สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อใช้คัดกรองผู้มารับบริการก่อนให้วัคซีน และโปรดเก็บไว้เป็นหลักฐานที่หน่วยบริการ)

ชื่อผู้มารับวัคซีน.....

นามสกุล.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....

โรคประจำตัว.....

ที่อยู่.....

.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....

วันที่รับวัคซีน.....

วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

เป็นวัคซีนเชื้อตาย ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ฉีดในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนหากติดเชื้อ

การฉีดวัคซีนนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลตรวจสภาพร่างกายก่อนฉีด และให้รอเฝ้าดูอาการแพ้ภายหลังการฉีดเป็นเวลา 30 นาที **เมื่อกลับบ้านแล้วควรมีผู้ดูแลหลังฉีดวัคซีนต่ออีก 2 วัน**

ถ้าท่านเคยแพ้วัคซีนอื่นๆ หรือยาอื่นๆ อย่างรุนแรง ขอให้ท่านแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อประเมินความเสี่ยงอีกครั้งก่อนให้วัคซีน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [ ] ตามความเป็นจริงเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่าท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

• มีประวัติแพ้ไข่ไก่อย่างรุนแรง*	[ ] ใช่	[ ] ไม่ใช่
• เคยแพ้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือแพ้สารประกอบอื่นๆ ในวัคซีนอย่างรุนแรง*	[ ] ใช่	[ ] ไม่ใช่
• กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน	[ ] ใช่	[ ] ไม่ใช่
• เพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน	[ ] ใช่	[ ] ไม่ใช่
• เพิ่งมานอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาล ไม่เกิน 14 วัน	[ ] ใช่	[ ] ไม่ใช่
• ยังมีโรคประจำตัวที่อาการกำเริบ เช่น ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หรือยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้	[ ] ใช่	[ ] ไม่ใช่
• ขณะตั้งครรภ์นี้มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เช่น มีภาวะ Toxic goiter, pre-eclampsia, eclampsia หรือเคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ (หากมีความประสงค์จะรับวัคซีนให้ปรึกษาแพทย์ที่ดูแล)	[ ] ใช่	[ ] ไม่ใช่

[ ] ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และได้ทำความเข้าใจแล้ว

ลงชื่อ.....

( )

* อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียงแหบ หรือหายใจมีเสียงดัง ลมพิษ ซีดขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว หรือเวียนศีรษะ