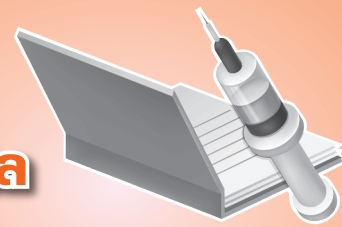




แบบสอบถามผู้มารับบริการ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล



(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 []
ตามความเป็นจริงเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า
ท่านสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

- มีประวัติแพ้ไข่ไก่อย่างรุนแรง* [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เคยแพ้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือ แพ้สารประกอบอื่นๆ ในวัคซีน อย่างรุนแรง* [] 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 หรือ เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ (หากมีความประสงค์จะรับวัคซีน ให้ปรึกษาแพทย์ที่ดูแล) [] ใช่ [] ไม่ใช่

[] ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และได้ทำความเข้าใจแล้ว

ลงชื่อ.....

()



* อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียงแหบ หรือหายใจมีเสียงดัง ลมพิษ ชีดขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว หรือเวียนศีรษะ

