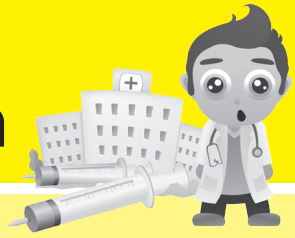


แบบคัดกรองผู้มารับบริการ วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล



(สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อใช้คัดกรองผู้มารับบริการก่อนให้วัคซีน
และโปรดเก็บไว้เป็นหลักฐานที่หน่วยบริการ)

ชื่อผู้มารับวัคซีน.....
นามสกุล.....
เลขประจำตัว 13 หลัก.....
โรคประจำตัว.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....
วันที่รับวัคซีน.....

วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล

เป็นวัคซีนเชื้อตาย ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ฉีดในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนหากติดเชื้อ

การฉีดวัคซีนนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน

โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลตรวจสภาพร่างกายก่อนฉีด และให้รอเฝ้าดูอาการแพ้ภายหลังการฉีดเป็นเวลา 30 นาที

เมื่อกลับบ้านแล้ว ควรมีผู้ดูแลหลังฉีดวัคซีน
ต่ออีก 2 วัน

ถ้าท่านเคยแพ้วัคซีนอื่นๆ หรือยาอื่นๆ อย่างรุนแรง

ขอให้ท่านแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อประเมินความเสี่ยงอีกครั้งก่อนให้วัคซีน

กรุณากำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [] ตามความเป็นจริง
เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีนได้
หรือไม่

- อายุน้อยกว่า 6 เดือน [] ใช่ [] ไม่ใช่
- มีประวัติแพ้ไข่หรือไข่ไก่ อย่างรุนแรง* [] ใช่ [] ไม่ใช่
- เคยแพ้วัคซีนไขหวัดใหญ่ 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 หอบ เหนื่อย หรือยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้ [] ใช่ [] ไม่ใช่
- กำลังตั้งครรภ์ แต่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 4 เดือน [] ใช่ [] ไม่ใช่
- มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง หรือ เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนฉีดวัคซีน [] ใช่ [] ไม่ใช่

[] ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่และได้ทำความเข้าใจแล้ว



* อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียงแหบ หรือหายใจมีเสียงดัง ลมพิษ ชีตขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว หรือเวียนศีรษะ