

แบบสอบถามเพื่อคัดกรองก่อนการให้วัคซีน [ ] (เด็กอ่อน/เด็กระดับประถมศึกษา)

		อุณหภูมิร่างกายก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์		องศา
ที่อยู่				
ชื่อเด็ก	ชายหรือหญิง	วันเดือนปีเกิด	เกิดเมื่อ / /	(วันที่/เดือน/ปี)
ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง			อายุ ( ปี เดือน)	

หัวข้อคำถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
	เคย	ไม่เคย	
คุณเคยอ่านเอกสาร (ที่สำนักงานเทศบาลได้ส่งมาให้แล้ว) ซึ่งอธิบายถึงการให้วัคซีนในวันนี้มาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับเด็กดังต่อไปนี้			
น้ำหนักแรกเกิด	มี	ไม่มี	
( ) กรัม	มี	ไม่มี	
ได้พบอาการผิดปกติเมื่อตรวจร่างกายของทารกหรือไม่?	ใช่	ไม่ใช่	
ในวันนี้ เด็กมีอาการป่วยหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ถ้ามี โปรดอธิบายรายละเอียดของอาการป่วยด้วย ( )			
ในเดือนก่อน เด็กเคยป่วยหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ชื่อโรค ( )			
สมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนฝูงคนใดเป็นโรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคอีสุกอีใส หรือโรคางูในในเดือนก่อนหรือไม่?	เป็น	ไม่เป็น	
ชื่อโรค ( )			
เด็กเคยอยู่ใกล้ชิดคนที่เป็นโรคหัด โรคอีสุกอีใส (รวมทั้งสมาชิกครอบครัว)?	เคย	ไม่เคย	
เด็กได้รับวัคซีนมาในเดือนก่อนหรือไม่?	ได้รับ	ไม่ได้รับ	
ชื่อวัคซีน ( )			
เด็กมีความผิดปกติมาแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์หรือไม่?	มี	ไม่มี	
ชื่อโรค ( )			
หากมี แพทย์ผู้รักษาก่อนอนุญาตให้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่?	อนุญาต	ไม่อนุญาต	
เด็กเคยมีอาการชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ถ้ามี เกิดขึ้นเมื่ออายุเท่าไร? ( )			
ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในเดือนนั้น เด็กมีไข้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้ยาหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ชื่อวัคซีน ( )			
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของเด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยรับการถ่ายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือได้รับยาที่เรียกว่า แกมมากลูโบลินมาในระยะ 6 เดือนก่อนหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
คุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีนในวันนี้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
ชื่อความเห็นของแพทย์			
จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า เด็ก (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้			
ข้าพเจ้าได้อธิบายพ่อแม่/ผู้ปกครองของเด็กถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน และบริการสนับสนุนต่อผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากการรับวัคซีน			
ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:			

ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน เด็กได้รับการสัมภาษณ์จากแพทย์ และข้าพเจ้าได้รับข้อมูล ประโยชน์ วัตถุประสงค์ และความเสี่ยง (รวมทั้งอาการข้างเคียงที่รุนแรง) เกี่ยวกับวัคซีนจากแพทย์แล้ว รวมทั้งบริการที่จะได้รับเมื่อเกิดอาการข้างเคียงขึ้นมา ข้าพเจ้าเชื่อว่า ข้าพเจ้าเข้าใจข้อมูลเหล่านี้

ข้าพเจ้า ( ยินยอม / ไม่ยินยอม ) ให้เด็กรับวัคซีน \* โปรดวงกลมข้อความใดข้อความหนึ่งในงานเลือก

ข้าพเจ้าเข้าใจเนื้อหาข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล

ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง:

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน	* (ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง)	สถานพยาบาล:
หมายเลขชุด		ชื่อแพทย์:
[ข้อควรระวัง] ให้ตรวจดูว่าวัคซีนยังไม่หมดอายุ	มล.	วันที่ให้วัคซีน: / / (วันที่/เดือน/ปี)

[หมายเหตุ] แกมมากลูโบลิน เป็นผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ใช้ฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่นโรคตับอักเสบบางชนิด และใช้รักษาอาการติดเชื้ออย่างรุนแรง วัคซีนบางชนิด (เช่น วัคซีนโรคหัด) อาจได้ผลน้อยในคนที่ได้รับผลิตภัณฑ์นี้มาแล้วในระยะ 3 ถึง 6 เดือนก่อน

\* ถ้าเป็นการให้วัคซีนโรคหัด ให้เขียนรายละเอียด เช่น "ให้วัคซีนทางสายด้วยอุปกรณ์ วัคซีนโรคหัดโรคที่ใช้เข็มฉีดหลายเข็มตามปริมาณที่ระบุ"

แบบสอบถามคัดกรองวัคซีนสำหรับการติดเชื้อไวรัส แพพพิลโลมาในมนุษย์

		อุณหภูมิร่างกายก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์		องศา	
ที่อยู่					
ชื่อคนไข้	ชายหรือหญิง	วันเดือนปีเกิด	เกิดเมื่อ / /	(วันที่/เดือน/ปี)	
ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง*				อายุ ( ปี เดือน)	

\*กรณีที่ผู้รับวัคซีนมีอายุ ๑๖ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่จำเป็นต้องตอบข้อนี้

หัวข้อคำถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
คุณเคยอ่านเอกสาร (ที่สำนักงานเทศบาลได้ส่งมาให้แล้ว) ซึ่งอธิบายถึงการให้วัคซีนในวันนี้มาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ครั้งนี้เป็นการรับวัคซีนครั้งที่เท่าไร	ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒ / ครั้งที่ ๓	
โปรดระบุวันที่รับวัคซีนและประเภทของวัคซีนที่ผ่านมา (กรณีที่เป็นครั้งที่ ๒ ขึ้นไป) (หมายเหตุ ๑) เลือกประเภทของวัคซีนจาก [๑] Cervarix (bivalent), [๒] Gardasil (tetraivalent) และ [๓] อื่น ๆ โดยทำเครื่องหมายล้อมรอบ [๑] - [๓] ในแถวล่าง (หมายเหตุ ๒) ผู้ปกครองหรือผู้รับวัคซีนและแพทย์โปรดให้ความร่วมมือในการตรวจสอบวัคซีนที่เคอร์รับไป กรณีที่ไม่มีบันทึกหรือไม่ทราบ ให้แพทย์ระบุว่า "ไม่ทราบ"	ครั้งที่ ๑	/ / (วันที่/เดือน/ค.ศ.) [๑] / [๒] / [๓]	
ในวันนี้ คนไข้มีอาการป่วยหรือไม่? ถ้ามี โปรดอธิบายโดยละเอียด ( )	มี	ไม่มี	
ในเดือนก่อน คนไข้เคยป่วยหรือไม่? ชื่อโรค ( )	เคย	ไม่เคย	
คนไข้ได้รับวัคซีนมาในเดือนก่อนหรือไม่? ชื่อวัคซีน ( )	ได้รับ	ไม่ได้รับ	
คนไข้มีความผิดปกติมาแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์หรือไม่? ชื่อโรค ( )	มี	ไม่มี	
หากมี แพทย์ผู้รักษาอนุญาตให้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่?	อนุญาต	ไม่อนุญาต	
คนไข้เคยมีอาการชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนหรือไม่? ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่ออายุเท่าไร? ( )	เคย	ไม่เคย	
ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในเดือนนั้น คนไข้มีไข้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
คนไข้เคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้ยาหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
คนไข้มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดหรือไม่?	มี	ไม่มี	
คนไข้เคยมีอาการแพ้ยารุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่? ชื่อวัคซีน ( )	เคย	ไม่เคย	
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของคนไข้เคยมีอาการแพ้ยารุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
เธอมีโอกาสจะตั้งครรภ์หรือไม่ (เช่น ประจำเดือนมาช้า หรือประจำเดือนไม่มา)? (หมายเหตุ) พึงให้ความระมัดระวังในการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์	มี	ไม่มี	
คุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีนในวันนี้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
<p>ช่องความเห็นของแพทย์</p> <p>จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจ คนไข้ (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับความปลอดภัยจากการให้วัคซีนในวันนี้</p> <p>ข้าพเจ้าได้อธิบายให้ผู้ปกครอง (หรือเจ้าหน้าที่ในกรณีที่ผู้รับวัคซีนอายุ ๑๖ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) ทราบเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน รวมถึงบริการที่จะได้รับเมื่อเกิดอาการข้างเคียงแล้ว</p> <p>ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:</p>			

ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน คนไข้ได้รับการสัมภาษณ์จากแพทย์ และข้าพเจ้าได้รับข้อมูล ประโยชน์ วัตถุประสงค์ และความเสี่ยง (รวมทั้งอาการข้างเคียงที่รุนแรง) เกี่ยวกับวัคซีนจากแพทย์แล้ว รวมทั้งบริการที่จะได้รับเมื่อเกิดอาการข้างเคียงขึ้นมา ข้าพเจ้าเชื่อว่า ข้าพเจ้าเข้าใจข้อมูลเหล่านี้

ข้าพเจ้า (ยินยอม / ไม่ยินยอม) ให้คนไข้ได้รับวัคซีน

\* โปรดวงกลมที่ข้อความใดข้อความหนึ่งในวงเล็บตามที่คุณเลือก

ข้าพเจ้าเข้าใจเนื้อหาข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล

ลายมือชื่อของผู้ปกครองหรือผู้รับวัคซีน: \_\_\_\_\_

(\*ลายมือชื่อของผู้ปกครองในกรณีที่ผู้รับวัคซีนอายุไม่ถึง ๑๖ ปี)

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน หมายเลขชุด [ข้อความอ้างอิง] ให้ตรวจว่าวัคซีนยังไม่หมดอายุ	การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 0.5 มล.	สถานพยาบาล: ชื่อแพทย์: วันที่ให้วัคซีน: / / (วันที่/เดือน/ปี)

แบบสอบถามคัดกรองวัคซีนสำหรับการติดเชื้อไวรัสแพปพิลโลมาในมนุษย์  
(สำหรับเด็กไม่ได้มาพร้อมกับพ่อแม่ / ผู้ปกครอง)

คำอธิบายก่อนที่จะฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสแพปพิลโลมาในมนุษย์

o สำหรับพ่อแม่ / ผู้ปกครอง: โปรดอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด

**\* [สำหรับผู้ปกครองของเด็กที่เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ - มัธยมศึกษาปีที่ ๔ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการรับวัคซีน (ยกเว้นผู้ที่อายุ ๑๖ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)]**

ที่ผ่านมา ในการให้วัคซีนแก่เด็กจะต้องมีผู้ปกครองอยู่ด้วย แต่ปัจจุบันสำหรับการให้วัคซีน HPV แก่เด็กที่อายุ ๑๓ ปีขึ้นไป (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๔ (ยกเว้นผู้ที่อายุ ๑๖ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)) เพียงแค่ผู้ปกครองอ่าน ทำความเข้าใจ และยอมรับเนื้อหาในแบบสอบถามคัดกรอง แล้วลงลายมือชื่อของตนในแบบสอบถามคัดกรองฉบับนี้หากประสงค์จะให้เด็กรับวัคซีนป้องกัน ก็สามารถให้เด็กรับวัคซีนโดยไม่ต้องมีผู้ปกครองอยู่ด้วยได้

(โปรดให้เด็กของคุณนำเอกสารฉบับนี้มายื่นในวันที่ได้รับวัคซีน)

ก่อนลงลายมือชื่อในแบบสอบถามเพื่อคัดกรองฉบับนี้ ถ้าคุณมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีน โปรดปรึกษาแพทย์ของคุณ หรือเจ้าหน้าที่เทศบาลที่รับผิดชอบในการให้วัคซีน เพื่อให้คุณเข้าใจอย่างละเอียดถึงประโยชน์และความเสี่ยงของวัคซีนก่อนจะตัดสินใจรับวัคซีน

**๑ อาการที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสแพปพิลโลมาในมนุษย์ (HPV)**

ไวรัสแพปพิลโลมาในมนุษย์เป็นไวรัสที่สามารถติดเชื้อทางผิวหนังและเยื่อเมือกซึ่งสามารถแบ่งออกได้กว่า ๑๐๐ ชนิด การติดเชื้อที่เยื่อเมือกส่วนใหญ่จะผ่านทางอวัยวะเพศจนถึงแผลขนาดเล็กบนเยื่อเมือกที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ คาดกันไว้ว่า ๕๐% ของผู้หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์อาจติดเชื้อไวรัสเหล่านี้อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตจากการติดเชื้อ HPV ที่เยื่อเมือก อย่างน้อย ๑๕ ชนิดมีการตรวจพบในมะเร็งปากมดลูกที่เรียกว่า "HPV ที่มีความเสี่ยงสูง" โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อ HPV ชนิดที่ ๑๖ และ ๑๘ มีการตรวจพบบ่อยและจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าไวรัสทั้งสองมีส่วนรวมประมาณ ๗๐% ของการแพร่กระจายของมะเร็งปากมดลูก นอกเหนือจากมะเร็งปากมดลูกแล้ว เป็นที่คาดกันว่าอย่างน้อย ๙๐% ของโรคมะเร็งทวารหนักและ ๔๐% ของโรคมะเร็งช่องคลอด แคมช่องคลอด และองคชาติจะเกี่ยวข้องกับไวรัสทั้งสองชนิดนี้ ไวรัสที่ไม่ได้จัดไว้ในกลุ่มความเสี่ยงสูงได้รับการยืนยันว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหูดหงอนไก่, หูดที่อวัยวะเพศ

**๒ ประโยชน์และอาการข้างเคียงจากการรับวัคซีน**

วัคซีนรวมถึงองค์ประกอบของเชื้อไวรัสหลายชนิดในไวรัสแพปพิลโลมาในมนุษย์ (HPVs) และเด็กที่ได้รับวัคซีนจะได้รับภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเหล่านี้ เด็กที่มีภูมิคุ้มกันจะได้รับการปกป้องจาก HPVs

ในบางครั้ง การให้วัคซีนอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเล็กน้อย และมีเพียงน้อยรายเท่านั้นที่เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง ปฏิกริยาที่อาจเกิดหลังจากการรับวัคซีนจะมีดังนี้

**อาการไม่พึงประสงค์หลักของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV**

อาการไม่พึงประสงค์หลัก ได้แก่ ไข้และปฏิกิริยาเฉพาะที่ (ปวด ผื่นแดง และบวม) เป็นลมหมดสติเนื่องจากความเจ็บปวดและปฏิกิริยาทางจิตอันเกิดจากการฉีดยา บางครั้งเกิดขึ้นหลังจากการฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการเป็นลมหมดสติ การฉีดวัคซีนในเด็กควรจะทำนอนบนโซฟาและสังเกตอาการประมาณ ๓๐ นาที โดยมีการรายงานเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่มีโอกาสเกิดขึ้นไม่บ่อยครั้งนัก รวมถึงปฏิกิริยาแอนาฟิแล็กซิก (หรือแพ้แต่อาการช็อก เกิดลมพิษ และหายใจลำบาก), โรค Guillain-Barre, thrombocytopenic purpura (เลือดออกเข้าสู่ผิวหนังจากเกล็ดเลือดและเยื่อของปาก) และโรคไขสันหลังอักเสบเฉียบพลัน (ADEM)

\*สำหรับรายละเอียด โปรดดูเว็บไซต์ของเทศบาลที่ท่านอาศัยอยู่ แผ่นพับข้อมูลที่แจกให้แก่ทุกท่าน ฯลฯ

**๓ ระบบการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการข้างเคียงเนื่องจากรับวัคซีน**

o ที่เกิดอาการข้างเคียงเพราะรับวัคซีน และต้องการการบำบัดทางการแพทย์ หรือผู้ที่เกิดปัญหาสุขภาพจนทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้เนื่องจากอาการข้างเคียง จะได้รับการชดเชยจากรัฐบาล ตามกฎหมายวัคซีนป้องกัน

o สิ่งที่ชดเชยประกอบด้วยเงินค่ารักษาพยาบาล การประมทพยาบาลจากแพทย์ เงินอุดหนุนเด็กที่ทุพพลภาพ เงินชดเชยกรณีเสียชีวิต และค่างานฉาบปกิฉศพ ซึ่งกฎหมายจะจำแนกตามระดับความรุนแรงของผลจากอาการข้างเคียง ค่าชดเชยเหล่านี้จะได้รับการเบิกจ่ายตามข้อกำหนดของกฎหมาย ค่าชดเชยทั้งหมด ยกเว้นเงินชดเชยกรณีเสียชีวิต และค่างานปกิฉศพ จะได้รับอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดการบำบัดหรือการฟื้นฟูสุขภาพ

o ทว่า คณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวัคซีน แพทย์โรคติดเชื้อ นักกฎหมาย และนักวิชาการสาขาอื่น จะตรวจสอบถึงสาเหตุของอาการข้างเคียง ว่าเกิดจากการรับวัคซีนหรือเกิดจากปัจจัยอื่นๆ (การติดเชื้อก่อนหรือหลังรับวัคซีน หรือสาเหตุอื่นๆ) ในกรณีนี้คณะกรรมการพิจารณาแล้วได้รับรองว่าอาการข้างเคียงเกิดเนื่องจากการรับวัคซีน คนไข้จะได้รับค่าชดเชย

\*ในกรณีที่ต้องการยื่นคำร้องเพื่อขอเบิกค่าชดเชย โปรดปรึกษาแพทย์ที่ได้ตรวจเด็กของคุณก่อนให้วัคซีน ศูนย์บริการสุขภาพ หรือสำนักงานเทศบาลที่รับผิดชอบในการให้วัคซีน

๔ ข้อควรระวังในการรับวัคซีน

การให้วัคซีน โดยทั่วไปแล้ว ควรให้ในวันที่เด็กมีสุขภาพดี ถ้าเด็กของคุณไม่สบาย โปรดปรึกษาแพทย์ และตัดสินใจว่า ควรให้เด็กได้รับวัคซีนหรือไม่ เมื่อเด็กของคุณตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ จะรับวัคซีนไม่ได้ คือ

- ๑) มีไข้ที่ชัดเจน (อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๕°C หรือสูงกว่า)
- ๒) มีอาการไข้เฉียบพลันและรุนแรง
- ๓) มีประวัติโรคภูมิแพ้ ที่เกิดจากส่วนประกอบใดๆ ที่ใช้เตรียมวัคซีน
- ๔) มีสภาพอื่นที่แพทย์เห็นว่าไม่เหมาะสม

ถ้าลูกของคุณกำลังตั้งครรภ์ ไม่ควรที่จะรับการฉีดวัคซีน

o สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง: โปรดอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด

หลังจากอ่านอย่างระมัดระวัง และเข้าใจเนื้อหาความข้างต้นเป็นอย่างดีแล้ว โปรดตัดสินใจว่า จะให้เด็กของคุณรับวัคซีนหรือไม่ ถ้าคุณตัดสินใจที่จะรับวัคซีน โปรดลงลายมือชื่อในช่องพ่อแม่/ผู้ปกครองข้างล่าง (ผู้ที่อายุไม่ถึง ๑๖ ปีบริบูรณ์จะไม่สามารถรับวัคซีนหากไม่มีการลงลายมือชื่อ) ถ้าคุณไม่ต้องการให้เด็กของคุณได้รับวัคซีน คุณไม่ต้องลงลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารอธิบายเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสแพพพิลโลมาในมนุษย์ และเข้าใจประโยชน์และความเสี่ยงจากการข้างเคียงที่รุนแรงของวัคซีน รวมทั้งระบบการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยเนื่องจากการรับวัคซีนอีกแล้ว เมื่อพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้เด็กของข้าพเจ้าได้รับวัคซีน

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ได้มีการจัดทำเอกสารฉบับนี้ขึ้นมาเพื่อช่วยให้พ่อแม่และผู้ปกครองเข้าใจเกี่ยวกับการให้วัคซีนอย่างละเอียด และยินยอมให้ส่งแบบพิมพ์นี้ไปยังสำนักงานเทศบาลได้

ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน \_\_\_\_\_

\* เอกสารนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสแพพพิลโลมาในมนุษย์ ในกรณีเด็กไม่ได้มาพร้อมกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง หากจะให้เด็กอายุไม่ถึง ๑๖ ปีบริบูรณ์มารับวัคซีนคนเดียวต้องให้ส่งแบบสอบถามคัดกรองฉบับนี้ ผู้ที่อายุไม่ถึง ๑๖ ปีบริบูรณ์จะไม่สามารถรับวัคซีนหากไม่มีลายมือชื่อของผู้ปกครองในแบบสอบถามคัดกรอง

แบบสอบถามเพื่อคัดกรอง

		อุณหภูมิร่างกายก่อนการสัมภาษณ์			องศา
ที่อยู่					
ชื่อเด็ก	ชายหรือหญิง	วันเดือนปีเกิด	เกิดเมื่อ	/	/ (วันที่/เดือน/ปี) อายุ ( ปี เดือน)

แบบสอบถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
ในวันนี้ เด็กมีอาการป่วยหรือไม่? ถ้ามี โปรดอธิบายรายละเอียดของอาการป่วยด้วย ( )	มี	ไม่มี	
ในเดือนก่อน เด็กเคยป่วยหรือไม่? ชื่อโรค ( )	เคย	ไม่เคย	
เด็กได้รับวัคซีนในเดือนก่อนหรือไม่? ชื่อวัคซีน ( )	ได้รับ	ไม่ได้รับ	
เด็กมีความผิดปกติแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์หรือไม่? ชื่อโรค ( )	มี	ไม่มี	
หากมี แพทย์ผู้รักษายกเว้นให้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่?	อนุญาต	ไม่อนุญาต	
เด็กเคยมีอาการชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนหรือไม่? ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่ออายุเท่าไร? ( )	เคย	ไม่เคย	
ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในตอนนั้น เด็กมีไข้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้ยาหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
เด็กมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่? ชื่อวัคซีน ( )	เคย	ไม่เคย	
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของเด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เธอมีโอกาสจะตั้งครรภ์หรือไม่ (เช่น ประจำเดือนมาช้า หรือประจำเดือนไม่มา)? (หมายเหตุ) พึงให้ความระมัดระวังในการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์	มี	ไม่มี	
ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน เมื่อพิจารณาประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและสภาพของเด็กในวันนี้ คุณยินยอมที่จะให้เด็กรับวัคซีนใหม่? ข้าพเจ้า (ยอม / ไม่ยอม)* รับให้เด็กได้รับวัคซีน * โปรดวงกลมข้อความที่ต้องการเลือก ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล			
ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง:			

<p>ความเห็นของแพทย์</p> <p>จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า คนไข้ (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้</p> <p>ข้าพเจ้าได้อธิบายให้คนไข้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน และบริการต่อผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากการรับวัคซีน</p> <p style="text-align: center;">ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:</p>
---

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน หมายเลขชุด [ชื่อควรระวัง] ให้ตรวจดูว่าวัคซีนยังไม่หมดอายุ	การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 0.5 มล.	สถานพยาบาล: ชื่อแพทย์: วันที่ให้วัคซีน: / / (วันที่/เดือน/ปี)

แบบสอบถามเพื่อการคัดกรองก่อนการให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี

		อุณหภูมิร่างกายก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์		องศา	
ที่อยู่					
ชื่อเด็ก	ชายหรือหญิง	วันเดือนปีเกิด	เกิดเมื่อ / /	(วันที่/เดือน/ปี)	
ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง			อายุ ( ปี เดือน)		

หัวข้อคำถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
คุณเคยอ่านเอกสาร (ที่สำนักงานเทศบาลได้ส่งมาให้แล้ว) ซึ่งอธิบายถึงการให้วัคซีนในวันนี้มาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับเด็กดังต่อไปนี้			
น้ำหนักแรกเกิด	มี	ไม่มี	
( ) กรัม	มี	ไม่มี	
ได้พบอาการผิดปกติเมื่อตรวจร่างกายของทารกหรือไม่?	ใช่	ไม่ใช่	
ในขณะนี้ เด็กมีอาการป่วยหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ถ้ามี โปรดอธิบายรายละเอียดของอาการป่วยด้วย ( )			
ในเดือนก่อน เด็กเคยป่วยหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ชื่อโรค ( )			
สมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนฝูงคนใดเป็นโรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคอีสุกอีใส หรือโรคางหมูในเดือนก่อนหรือไม่?	เป็น	ไม่เป็น	
ชื่อโรค ( )			
เด็กได้รับวัคซีนมาในเดือนก่อนหรือไม่?	ได้รับ	ไม่ได้รับ	
ชื่อวัคซีน ( )			
เด็กมีความผิดปกติมาแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์หรือไม่?	มี	ไม่มี	
ชื่อโรค ( )			
หากมี แพทย์ผู้รักษาอนุญาตให้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่?	อนุญาต	ไม่อนุญาต	
เด็กเคยมีอาการชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ถ้ามี เกิดขึ้นเมื่ออายุเท่าไร? ( )			
ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในตอนนั้น เด็กมีไข้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้ยาหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กแพ้ยางหรือไม่?*	มี	ไม่มี	
เด็กมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ชื่อวัคซีน ( )			
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของเด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยรับการถ่ายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือได้รับยาที่เรียกว่า แกมมากลูโกลินมาในระยะ 6 เดือนก่อนหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
เด็กได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีหลังคลอด เพื่อป้องกันการติดจากแม่สู่ลูกหรือไม่?	มี	ไม่มี	
คุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีนในวันนี้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
ช่องความเห็นของแพทย์			
จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า เด็ก (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้			
ข้าพเจ้าได้อธิบายพ่อแม่/ผู้ปกครองของเด็กถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน และบริการสนับสนุนต่อผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากการรับวัคซีน			
ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:			

ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน เด็กได้รับการสัมภาษณ์จากแพทย์ และข้าพเจ้าได้รับข้อมูล ประโยชน์ วัตถุประสงค์ และความเสี่ยง (รวมทั้งอาการข้างเคียงที่รุนแรง) เกี่ยวกับวัคซีนจากแพทย์แล้ว รวมทั้งบริการที่จะได้รับเมื่อเกิดอาการข้างเคียงขึ้นมา ข้าพเจ้าเชื่อว่า ข้าพเจ้าเข้าใจข้อมูลเหล่านี้

ข้าพเจ้า ( ยินยอม/ ไม่ยินยอม ) ให้เด็กรับวัคซีน \* โปรดวงกลมที่ข้อความใดข้อความหนึ่งในวงเล็บตามที่เลือก

ข้าพเจ้าเข้าใจเนื้อหาข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล

ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง:

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน	* (ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง)	สถานพยาบาล:
หมายเลขชุด		ชื่อแพทย์:
[ข้อควรระวัง] ให้ตรวจดูว่าวัคซีนยังไม่หมดอายุ	มล.	วันที่ให้วัคซีน: / / (วันที่/เดือน/ปี)

(หมายเหตุ) การแพ้ยาง หมายถึง ภาวะภูมิไวเกินแบบเฉียบพลันต่อผลิตภัณฑ์ที่ทำจากยางธรรมชาติ ผู้ที่มีอาการแพ้เมื่อใช้ถุงมืออาจเป็นโรคดังกล่าว และหากมีอาการแพ้ผลไม้ ฯลฯ ที่มีปฏิกิริยาข้ามกลุ่มกับยาง (เช่น กล้วย กล้วยไม้ สลัด สวี อะโวคาโด เมล่อน) กรุณาปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่

ใบซีกประวัติก่อนฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโรต้า

*ผู้ปกครองกรอกใส่ข้อมูลในกรอบที่เป็นตัวหนา		วันเดือนปีที่เข้ารับการฉีดวัคซีน	วันที่	เดือน	ปี
ที่อยู่	T	อุณหภูมิร่างกายก่อนตรวจ	°C		
		หมายเลขโทรศัพท์	( ) - ( )		
ชื่อผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน	(ปฏิบัติงาน)	ชาย / หญิง	วันที่	เดือน	ปี
ชื่อผู้ปกครอง		วันเดือนปีเกิด	(เกิดได้)	สัปดาห์	วัน
*เกิดได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 หมายถึง การระบุวันที่นับจากวันเกิดไปของวันที่เกิดไปเป็นวันที่ 1					

หากครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1 ได้ตรวจสอบแล้วหรือยังว่า  
วันนี้ ไม่เลย 14 สัปดาห์ 6 วันหลังคลอด

ช่องสำหรับหน่วยงานทางการแพทย์ใส่ข้อมูล (๒)

หัวข้อคำถาม	ช่องคำตอบ			ช่องแพทย์ระบุ
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
การฉีดวัคซีนในครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
การระบุวันเดือนปีที่ได้มีการฉีดวัคซีนจนถึงปัจจุบัน (เฉพาะกรณีที่มีการฉีดวัคซีนในครั้งนี้เป็น การฉีดหลังจากครั้งที่ 2) *ตรวจสอบระยะห่างว่าเป็น 27 วันขึ้นไปนับจากการฉีดวัคซีนไวรัสโรต้าในครั้งก่อน	ครั้งที่ 1	วันที่	เดือน	ปี
ได้อ่านเอกสารอธิบายเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันที่จะเข้ารับในวันนี้ที่ทางเทศบาลท้องถิ่นได้แจกจ่ายให้แล้วหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ได้ทำความเข้าใจถึงประสิทธิภาพและปฏิกิริยาข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนในวันนี้นี้แล้วหรือยัง	ใช่		ไม่ใช่	
ได้รับความอธิบายเกี่ยวกับภาวะสำไส้กลืนกันและมีความเข้าใจแล้วหรือยัง	ใช่		ไม่ใช่	
สอบถามเกี่ยวกับประวัติพัฒนาการบุตรหลานของท่าน				g
น้ำหนักแรกคลอด				
มีความผิดปกติขณะคลอดหรือไม่	มี		ไม่มี	
มีความผิดปกติหลังคลอดหรือไม่	มี		ไม่มี	
ท่านเคยได้รับการบอกกล่าวถึงความผิดปกติของทารกจากการตรวจสุขภาพหรือไม่	เคย		ไม่เคย	
วันนี้ สภาพร่างกายของเด็กมีสิ่งใดผิดปกติหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
กรุดณาเขียนอาการให้เป็นรูปธรรม ( )				
ภายใน 1 เดือนล่าสุด เด็กเคยเป็นโรคใดๆ หรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ชื่อโรค ( )				
ในช่วง 1 เดือน มีผู้ที่เป็โรค เช่น โรคหัด, หัดเยอรมัน, อีสุกอีใส, คางทูม ฯลฯ ในครอบครัวหรือเป็นเพื่อนเล่นของเด็กหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ชื่อโรค ( )				
เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันภายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ชนิดของวัคซีนป้องกัน ( ) วันที่เข้ารับการฉีด ( )				
จนกระทั่งปัจจุบัน เด็กเคยมีภาวะสำไส้กลืนกันหรือไม่ หรือมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
*ในกรณีนี้ จะไม่สามารถฉีดวัคซีนไวรัสโรต้าได้				
จนกระทั่งปัจจุบัน เด็กเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ หรือเคยติดเชื้อ เช่น ปอดบวมหรือหูชั้นกลางอักเสบ ฯลฯ หรือท้องเสียซ้ำๆ หรือการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมีความผิดปกติหรือไม่ *ในกรณีนี้ จะไม่สามารถฉีดวัคซีนไวรัสโรต้าได้	ใช่		ไม่ใช่	
อื่นๆ จนกระทั่งปัจจุบัน เด็กเคยเป็นโรคผิดปกติตั้งแต่กำเนิด, มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคตับ, โรคเลือด, ประสาทสมอง, อาการเจ็บป่วยอื่นๆ หรือไม่ และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์หรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ชื่อโรค ( )				
เด็กเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ที่ไม่ตรวจรักษาอาการว่าควรจะเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันในวันนี้นี้หรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
เด็กเคยมีอาการชัก (กระตุก) หรือไม่ (ตอนประมาณ เดือน)	ใช่		ไม่ใช่	
ณ ขณะนั้นมิใช่หรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
เด็กเคยมีอาการผื่นขึ้นหรือเป็นลมพิษบนผิวหนัง หรือรู้สึกไม่สบายตัวจากยาหรืออาหารหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ชื่อยา/อาหาร ( )				
จนถึงปัจจุบัน สภาพร่างกายของเด็กเคยผิดปกติหลังจากได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ชนิดของวัคซีนป้องกัน ( )				
แม่เคยได้รับยาคุมกำเนิดระหว่างการตั้งครรภ์หรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ชื่อยา ( )				
มีญาติใกล้ชิดกับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แต่กำเนิดหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
มีญาติใกล้ชิดกับเด็กที่เคยมีสภาพร่างกายผิดปกติหลังเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
จนถึงปัจจุบันเด็กเคยได้รับการถ่ายเลือดหรือฉีดแกมมาโกลบูลินหรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	
ท่านมีคำถามเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันในวันนี้นี้หรือไม่	ใช่		ไม่ใช่	

ช่องใส่ข้อมูลของแพทย์

ผลจากการซักประวัติและตรวจร่างกายข้างต้น พิจารณาได้ว่า ( สามารถ / ควรเลื่อน ) การฉีดวัคซีนป้องกันในวันนี้ และได้ทำการอธิบายประสิทธิภาพของการฉีดวัคซีนป้องกัน, ปฏิกิริยาข้างเคียง (โดยเฉพาะภาวะสำไส้กลืนกัน) รวมถึงระบบบรรเทาความเสียหายต่อสุขภาพจากการฉีดวัคซีนป้องกันให้ผู้ปกครองได้รับทราบแล้ว

ลายเซ็นแพทย์หรือตราประทับชื่อ

ช่องใส่ข้อมูลของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้รับการตรวจร่างกายและอธิบายจากแพทย์แล้ว หลังจากที่ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการฉีดวัคซีนป้องกัน, ปฏิกิริยาข้างเคียง (โดยเฉพาะภาวะสำไส้กลืนกัน) รวมถึงระบบบรรเทาความเสียหายต่อสุขภาพจากการฉีดวัคซีนป้องกันแล้ว จึงได้ ( เห็นชอบ / ไม่เห็นชอบ ) กับการฉีดวัคซีน \* กรุณาวางกลมข้อใดข้อหนึ่งในวงเล็บ

ใบซีกประวัตินี้มีวัตถุประสงค์ในการรักษาความปลอดภัยจากการฉีดวัคซีนป้องกัน หลังจากที่ได้ทำความเข้าใจแล้ว ข้าพเจ้าจึงเห็นชอบที่จะนำส่งใบซีกประวัตินี้แก่ทางเทศบาลท้องถิ่น

ลายเซ็นของผู้ปกครอง

ชื่อวัคซีนที่ใช้	ปริมาณของวัคซีน		สถานที่ทำการฉีดวัคซีน / ชื่อแพทย์ / วันเดือนปีที่ทำการฉีด			
	ฉีดวัคซีนแบบหยอดทางปาก		ชื่อแพทย์	วันที่	เดือน	ปี
ชื่อวัคซีน	Rotateq <sup>®</sup>	Rotarix <sup>®</sup>	สถานที่ทำการฉีดวัคซีน			
Lot No.	2mL	1.5mL	ชื่อแพทย์			
(หมายเหตุ) จำเป็นต้องยืนยันว่ายังไม่หมดอายุ			วันเดือนปีที่ทำการฉีด			