

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	
ในตอนนี้ 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 แพทย์ผู้รักษาก่อนนัดให้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่?	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	
เด็กเคยรับร่างกายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด 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 * โปรดวงกลมที่ข้อความใดข้อความหนึ่งในวงเล็บตามที่คุณเลือก

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 วัคซีนโรคหัดโรคอีสุกอีใสที่ใช้เข็มฉีดหลายเข็มตามปริมาณที่ระบุ"

แบบสอบถามคัดกรองวัคซีนสำหรับการติดเชื้อไวรัส แพพฟิลโลมาในมนุษย์

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

*กรณีที่ผู้รับวัคซีนมีอายุ ๑๖ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่จำเป็นต้องระบุข้อมูลส่วนนี้

หัวข้อคำถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
คุณเคยอ่านเอกสาร (ที่สำนักงานเทศบาลได้ส่งมาให้แล้ว) ซึ่งอธิบายถึงการให้วัคซีนในวันเน็มาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ครั้งนี้เป็นการรับวัคซีนครั้งที่เท่าไร	ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒	ครั้งที่ ๓
(กรณีที่นี้เป็นครั้งที่ ๒ ขึ้นไป) โปรดระบุประเภทของวัคซีน วันที่ได้รับวัคซีน และอายุเมื่อรับวัคซีนที่ผ่านมา (หมายเหตุ ๑) เลือกประเภทของวัคซีน โดยทำเครื่องหมายล้อมรอบตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งจาก [๑] Cervarix (bivalent), [๒] Gardasil (tetraivalent), [๓] Silgard ๙ (๙-valent) หรือ [๔] อื่น ๆ (หมายเหตุ ๒) กรณีของ Silgard ๙ (๙-valent) สามารถรับครั้งแรกก่อนอายุ ๑๔ ปี และรับครั้งที่สองห่างออกไป ๕ เดือนขึ้นไป รวมเป็น ๒ ครั้งได้ (หมายเหตุ ๓) ผู้ปกครองหรือผู้รับวัคซีนและแพทย์โปรดให้ความร่วมมือในการตรวจสอบวัคซีนแต่ละครั้งรับไป กรณีที่ไม่มีบันทึกหรือไม่ทราบ ให้แพทย์ระบุว่า "ไม่ทราบ"	ครั้งที่ ๑	[๑] / [๒] / [๓] / [๔] / / / / (วันที่/เดือน/ค.ศ.) อายุ	
	ครั้งที่ ๒	[๑] / [๒] / [๓] / [๔] / / / / (วันที่/เดือน/ค.ศ.) อายุ	
วันนี้คุณต้องการรับวัคซีนประเภทใด (หมายเหตุ) เลือกประเภทของวัคซีน โดยทำเครื่องหมายล้อมรอบตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งจาก [๑] Cervarix (bivalent), [๒] Gardasil (tetraivalent) หรือ [๓] Silgard ๙ (๙-valent)	[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? () ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในตอนนั้น คนไข้มีไข้หรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
คนไข้เคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้ยาหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
คนไข้มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดหรือไม่?	มี	ไม่มี	
คนไข้เคยมีอาการแพ้ยารุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ชื่อวัคซีน ()			
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของคนไข้เคยมีอาการแพ้ยารุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
เธอมีโอกาสตั้งครรภ์หรือไม่ (เช่น ประจำเดือนมาช้า หรือประจำเดือนไม่มา)? (หมายเหตุ) พึงให้ความระมัดระวังในการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์	มี	ไม่มี	
คุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีนในวันนี้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
<p>ช่องความเห็นของแพทย์</p> <p>จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า คนไข้ (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้</p> <p>ข้าพเจ้าได้อธิบายให้ผู้รับวัคซีน (หรือผู้ปกครองในกรณีที่ผู้รับวัคซีนอายุไม่ถึง ๑๖ ปีบริบูรณ์) 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 [ชื่อย่อวัคซีน] ให้ตรวจดูว่าวัคซีนยังไม่หมดอายุ	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 เป็นที่คาดกันไว้ว่าอย่างน้อย ๙๐% ของโรคมะเร็งทวารหนักและ ๔๐% ของโรคมะเร็งช่องคลอด แคมช่องคลอด และองคชาติจะเกี่ยวข้องกับไวรัสทั้งสองชนิดนี้ ไวรัสที่ไม่ได้จัดไว้ในกลุ่มความเสี่ยงสูงได้รับการยืนยันว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหูดหงอนไก่, หูดที่อวัยวะเพศ

๒ ประโยชน์และอาการข้างเคียงจากการรับวัคซีน

วัคซีนรวมถึงองค์ประกอบของเชื้อไวรัสหลายชนิดในไวรัสแพปพิลโลมาในมนุษย์ (HPVs) และเด็กที่ได้รับวัคซีนจะได้รับภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเหล่านี้ เด็กที่มีภูมิคุ้มกันจะได้รับการปกป้องจาก HPVs

ในบางครั้ง การให้วัคซีนอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเล็กน้อย และมีเพียงน้อยรายเท่านั้นที่เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง ปฏิกิริยาที่อาจเกิดหลังจากรับวัคซีนจะมีดังนี้

อาการไม่พึงประสงค์หลักของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV

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

*สำหรับรายละเอียด โปรดดูเว็บไซต์ของเทศบาลที่ท่านอาศัยอยู่ แผ่นพับข้อมูลที่แจกให้แก่ทุกท่าน ฯลฯ

๓ ระบบการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการข้างเคียงเนื่องจากรับวัคซีน

o ที่เกิดอาการข้างเคียงเพราะรับวัคซีน และต้องการการบำบัดทางการแพทย์ หรือผู้ที่เกิดปัญหาสุขภาพจนทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้เนื่องจากอาการข้างเคียง จะได้รับการชดเชยจากรัฐบาล ตามกฎหมายวัคซีนป้องกัน

o สิ่งที่ชดเชยประกอบด้วยเงินค่ารักษาพยาบาล การประมทพยาบาลจากแพทย์ เงินอุดหนุนเด็กที่ทุพพลภาพ เงินชดเชยกรณีเสียชีวิต และค่างานฌาปนกิจศพ ซึ่งกฎหมายจะจ่ายตามระดับความรุนแรงของผลจากอาการข้างเคียง ค่าชดเชยเหล่านี้จะได้รับการเบิกจ่ายตามข้อกำหนดของกฎหมาย ค่าชดเชยทั้งหมด ยกเว้นเงินชดเชยกรณีเสียชีวิต และค่างานฌาปนกิจศพ จะได้รับอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดการบำบัดหรือการฟื้นฟูสุขภาพ

o หว่า 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

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

แบบสอบถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ			ความเห็นของแพทย์
ได้อ่านเอกสารอธิบายที่ได้รับจากเทศบาลเกี่ยวกับการรับวัคซีนวันนี้แล้วหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่		
ครั้งนี้รับวัคซีนเป็นครั้งที่เท่าไร	ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒	ครั้งที่ ๓	
(กรณีที่เป็นครั้งที่ ๒ ขึ้นไป) โปรดระบุประเภทของวัคซีน วันที่รับวัคซีน และอายุเมื่อรับวัคซีนที่ผ่านมา (หมายเหตุ ๑) เลือกประเภทของวัคซีน โดยทำเครื่องหมายล้อมรอบตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งจาก [๑] Cervarix (bivalent), [๒] Gardasil (tetraivalent), [๓] Silgard ๙ (๙-valent) หรือ [๔] อื่น ๆ (หมายเหตุ ๒) กรณีของ Silgard ๙ (๙-valent) สามารถรับครั้งแรกก่อนอายุ ๑๕ ปี และรับครั้งที่สองห่างออกไป ๕ เดือนขึ้นไป รวมเป็น ๒ ครั้งได้ (หมายเหตุ ๓) ผู้ปกครองหรือผู้รับวัคซีนและแพทย์โปรดให้ความร่วมมือในการตรวจสอบวัคซีนที่เคยรับไป กรณีที่ไม่มีบันทึกหรือไม่ทราบ ให้แพทย์ระบุว่า "ไม่ทราบ"	ครั้งที่ ๑	[๑] / [๒] / [๓] / [๔] / / / / (วันที่/เดือน/ค.ศ.) อายุ		
วันนี้คุณต้องการรับวัคซีนประเภทใด (หมายเหตุ) เลือกประเภทของวัคซีน โดยทำเครื่องหมายล้อมรอบตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งจาก [๑] Cervarix (bivalent), [๒] Gardasil (tetraivalent) หรือ [๓] Silgard ๙ (๙-valent)	[๑] / [๒] / [๓]			
ในวันนี้ เด็กมีอาการป่วยหรือไม่? ถ้ามี โปรดอธิบายรายละเอียดของอาการป่วยด้วย ()	มี	ไม่มี		
ในเดือนก่อน เด็กเคยป่วยหรือไม่? ชื่อโรค ()	เคย	ไม่เคย		
เด็กได้รับวัคซีนมาในเดือนก่อนหรือไม่? ชื่อวัคซีน ()	ได้รับ	ไม่ได้รับ		
เด็กมีความผิดปกติแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์หรือไม่? ชื่อโรค ()	มี	ไม่มี		
หากมี แพทย์ผู้รักษาก่อนุญาตให้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่?	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		
แอมมีโอกาสจะตั้งครรภ์หรือไม่ (เช่น ประจำเดือนมาช้า หรือประจำเดือนไม่มา)? (หมายเหตุ) พึงให้ความระมัดระวังในการให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์	มี	ไม่มี		
ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน เมื่อพิจารณาประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและสภาพของเด็กในวันนี้ คุณยินยอมที่จะให้เด็กรับวัคซีนใหม่? ข้าพเจ้า (ยอม / ไม่ยอม)* รับให้เด็กได้รับวัคซีน * โปรดวงกลมข้อความที่ต้องการเลือก ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล				
ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง:				

ความเห็นของแพทย์ จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า คนไข้ (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้ ข้าพเจ้าได้อธิบายให้คนไข้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน และบริการต่อผู้เกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากการรับวัคซีน
ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน หมายเลขชุด [ข้อควรระวัง] 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 หรือโรคคางทูมในเดือนก่อนหรือไม่?	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	
เด็กเคยมีอาการแพ้ยารุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ชื่อวัคซีน ()			
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของเด็กเคยมีอาการแพ้ยารุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยรับการถ่ายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือได้รับยาที่เรียกว่า แกมมากลูโบลินมาในระยะ 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 * โปรดวงกลมที่ข้อความใดข้อความหนึ่งข้างล่างตามที่เลือก
 ข้าพเจ้าเข้าใจเนื้อหาข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล

ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง:

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

(หมายเหตุ) การแพ้ยา หมายถึง ภาวะภูมิไวเกินแบบเฉียบพลันต่อผลิตภัณฑ์ทำจากยางธรรมชาติ ผู้ที่มีอาการแพ้เมื่อใช้ถุงมืออาจเป็นโรคดังกล่าว และหากมีอาการแพ้ผลไม่ ฆ่าเชื้อที่มีปฏิกริยาข้ามกลุ่มกับยาง (เช่น กล้าย แคสดี สวี อะโวกาโด เมลอน) กรุณาปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่

ใบซีกประวัติก่อนฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโรต้า

*ผู้ปกครองกรุณาใส่ข้อมูลในกรอบที่เป็นตัวหนา		วันเดือนปีที่เข้ารับการฉีดวัคซีน	วันที่	เดือน	ปี
ที่อยู่	T	อุณหภูมิร่างกายก่อนตรวจ	°C		
		หมายเลขโทรศัพท์	() - ()		
ชื่อผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน	(ปฏิบัติงาน)	ชาย / หญิง	วันที่	เดือน	ปี
ชื่อผู้ปกครอง		วันเดือนปีเกิด	(เกิดได้ สัปดาห์ * วัน) * เกิดได้ สัปดาห์ * วัน 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		
ได้ทำความเข้าใจถึงประสิทธิภาพและปฏิกิริยาข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนในวันนี้แล้วหรือยัง	ใช่	ไม่ใช่		
ได้รับความอธิบายเกี่ยวกับภาวะสำไส้กลืนกันและความเข้าใจแล้วหรือยัง	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 หรือมีอาการท้องเสียซ้ำๆ หรือการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมีความผิดปกติหรือไม่ *ในกรณีนี้ จะไม่สามารถฉีดวัคซีนไวรัสโรต้าได้	ใช่	ไม่ใช่		
อื่นๆ จนกระทั่งปัจจุบัน เด็กเคยเป็นโรคผิดปกติตั้งแต่กำเนิด, มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคตับ, โรคเลือด, ประสาทสมอง, อาการเจ็บป่วยอื่นๆ หรือไม่ และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่		
ชื่อโรค ()				
เด็กเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ที่ไม่ตรวจรักษาอาการว่าควรจะเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันในวันนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่		
เด็กเคยมีอาการชัก (กระตุก) หรือไม่ (ตอนประมาณ เดือน)	ใช่	ไม่ใช่		
ณ ขณะนั้นมีไข้หรือไม่	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		
ท่านมีคำถามเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันในวันนี้หรือไม่	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 [®]	Rotarix [®]	สถานที่ทำการฉีดวัคซีน			
Lot No.	2mL	1.5mL	ชื่อแพทย์			
(หมายเหตุ) จำเป็นต้องยืนยันว่ายังไม่หมดอายุ			วันเดือนปีที่ทำการฉีด	วันที่	เดือน	ปี