

รายชื่อบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ที่ประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19
 รอบวัคซีนซิโนแวค วันที่ 14 กรกฎาคม 2564 เวลา 12.00 - 16.00 น.

ณ สมาคมชาวไร่อ้อยเขต 6 กำแพงเพชร

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	วันที่
16	นางคนารัตน์ สิริเสถียรวัฒนา	14 ก.ค. 64
17	นางสาว พรนรินทร์ สายกลิ่น	
18	นายจักรกริช มีสี	
19	นายคมกริช กลิ่นอาจ	
20	นางสาว ดร.นำพิชญ์ ธรรมทีเวศน์	
21	นางสาว สุธาสินี ขุนทองนุ่ม	
22	รศ. ดร.สุชิน รอดกำเหนิด	
23	นายณัฐพล วรรณสุทธะ	
24	ผศ. ดร.กนิษฐา ศรีภิรมย์	
25	อ. นงลักษณ์ จันทร์พิชัย	
26	นางสาว กัลยา แก้วสม	
27	นางสาวคัทลียา ปัญญาอูด	
28	ผศ. ฌมรัตน์ เงินทอง	
29	นางสาวเพชรลัดดา โตทิม	
30	นาย ประเมษฐ์ อินทร์สุข	
31	อ. วิษณุเดช นันไชยแก้ว	
32	อ. จุฑาทิพย์ โอบอ้อม	
33	นางสาว Joem Zennia Pepito Breis	
34	นางสาว Sherry Faith Centes Bernales	
35	นาย Rolando Cempron JR.	
36	ผศ.ราตรี สิทธิพงษ์	
37	ผศ.วรารงค์ รามบุตร	
38	นางชนิษฐา ศิริรัตน์	
39	นางสาวนิสรรา สิงห์ทอง	
40	อ.นันทนัช ตนบุญ	
41	นายธนกฤต ภูโอบ	
42	อ.ดร.อภิญา จอมพิจิตร	
43	อ.เมธี มธุรส	
44	นายอดิศักดิ์ กิณา	



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เบอร์โทรศัพท์..... ที่อยู่.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามจริง

- 1 คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
- 2 คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง ใช่ ไม่ใช่
- 3 คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
- 4 คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
- 5 คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 6 คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ ใช่ ไม่ใช่
- 7 คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ ใช่ ไม่ใช่
- 8 ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ รับประทานยากภูมิคุ้มกัน ใช่ ไม่ใช่
- 9 มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เลือดไหลดำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช่ ไม่ใช่
- 10 คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน ใช่ ไม่ใช่
- 11 คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้วัคซีนอาจป้องกันการโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วางแผนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณคิดว่ากำลังประสบกับผลข้างเคียงใด ๆ โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้ให้บริการ

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้รับบริการ/
ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ.....
(.....) พยาน (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....
(.....) พยาน (ถ้ามี)

จุดที่ 1 2 3 4 5 6 7

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. รอบเอว.....ซม. อุณหภูมิ.....°C

ความดันโลหิต ครั้งที่ 1/..... P..... ความดันโลหิต ครั้งที่ 2/..... P.....

เริ่มฉีดวัคซีน เวลา.....น. พักสังเกตอาการ เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.

อาการภายหลังสังเกตอาการ 30 นาที.....