

ที่ ศธ ๐๔๓๓๔.๐๑/๘๔๕



โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๓

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน จำนวน ๑ แผ่น
๒. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ภาครัฐจึงมีนโยบายฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) ให้กับนักเรียน ซึ่งศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในสถานศึกษา โดยโรงพยาบาลลำปาง จะดำเนินการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียน ในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ อาคารบุญชู ตรีทอง โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย

ดังนั้น จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากผู้ปกครองในการลงนามอนุญาตให้บุตรหลานของท่านรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ และนำเอกสารดังรายละเอียดตามสิ่งที่แนบในหนังสือฉบับนี้ มาในวันที่ฉีดวัคซีน อนึ่ง นักเรียนที่ไม่ได้แจ้งรายชื่อในเวลาที่กำหนดจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางวิไลภรณ์ คำภีระปวงค์)

รองผู้อำนวยการโรงเรียน รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย

กลุ่มบริหารอำนวยการและงบประมาณ

โทร. ๐๕๔ - ๒๒๒๑๒๒

โทรสาร ๐๕๔ - ๒๒๒๑๒๒



แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 เลขประจำตัว 13 หลัก..... สัญชาติ.....
 ชื่อสถานศึกษา..... ชั้น/ปี..... ห้อง.....
 ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เรื่องวัคซีนโควิด 19

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ให้ฉีดได้ในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป ณ ปัจจุบัน (9 กันยายน 2564) ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) ซึ่งมีชื่อการค้า คือ Comirnaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ฉีดจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วางแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น จากการใช้วัคซีนนี้ในต่างประเทศ พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแต่พบน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศชายวัยหนุ่ม ภายใน 14 วันหลังฉีดวัคซีน โดยอาการบ่งชี้ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจสั้น หรือ ใจสั่น หากมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที (กรมจะจัดทำข้อความรู้ในรูปแบบ infographic ร่วมด้วย)

ส่วนที่ 2 : ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 19

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)
 ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....
 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- ข้าพเจ้า ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจ
 ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....
 และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
 (.....)
 วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ลงชื่อ.....ครูที่ปรึกษา
 (.....)

ชื่อ.....ชั้น.....เลขที่.....

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของ โรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรค ประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
9	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อมกับ
กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ลงชื่อ.....ครูที่ปรึกษา
(.....)

เนื่องจากโรงพยาบาลลำปาง กำหนดฉีดวัคซีน Pfizer ให้กับนักเรียน

ระดับชั้น ม.1 – ม.3 ในวันพุธที่ 10 พฤศจิกายน 2564 ณ หอประชุมบุญชู ตรีทอง

จึงขอให้นักเรียนเตรียมตัวและจัดเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

1. เอกสารยินยอมการรับวัคซีนจากผู้ปกครอง (สามารถพิมพ์ได้จากเอกสารที่แนบไป)
2. แบบคัดกรองการรับวัคซีน (สามารถพิมพ์ได้จากเอกสารที่แนบไป)
3. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงเท่านั้น

****นักเรียนทุกคน ต้องมาพบครูที่ปรึกษา ณ จุดที่กำหนดไว้ก่อนการเข้ารับการฉีดวัคซีน 30 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมและให้ปฏิบัติตามมาตรการ D – M – H – T – T อย่างเคร่งครัด****

1.ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	พบครูที่ปรึกษาที่อาคารวิบูลพล 1	เวลา 08.00 น.
2.ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	พบครูที่ปรึกษาที่ชั้นล่างอาคารศูนย์กีฬา	เวลา 09.30 น.
3.ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	พบครูที่ปรึกษาที่อาคารวิบูลพล 1	เวลา 11.00 น.

หมายเหตุ ห้ามนำเครื่องดื่มและอาหารขึ้นไปบนอาคารบุญชู ตรีทอง ในระหว่างการฉีดวัคซีนเด็ดขาด
ให้นักเรียนมาตามเวลาที่ทางโรงเรียนกำหนด