



ที่ ศธ ๐๔๓๓๔.๐๑/๗๖๙

โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย  
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ - ๖

เรียน ผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ภาครัฐจึงมีนโยบายฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) ให้กับนักเรียน ซึ่งศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในสถานศึกษา

ดังนั้น โรงพยาบาลลำปาง จะดำเนินการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียน ในวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๔ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๘.๐๐ น. ณ อาคารบุญชู ตรีทอง โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย

ดังนั้น จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากผู้ปกครองในการลงนามอนุญาตให้บุตรหลานของท่านรับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์และนำเอกสารดังรายละเอียดตามสิ่งที่แนบมาด้วยมาในวันที่ฉีดวัคซีน อนึ่งนักเรียนที่ไม่ได้แจ้งรายชื่อในเวลาที่กำหนดจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

ขอแสดงความนับถือ

(นายพลศักดิ์ จิตสว่าง)

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 ต่อมไต้งแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม 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

## เนื่องจากโรงพยาบาลลำปาง กำหนดฉีดวัคซีน Pfizer ให้กับนักเรียน

ระดับชั้น ม.4 – ม.6 ในวันพฤหัสบดีที่ 7 ตุลาคม 2564 ณ หอประชุมบุญชู ตรีทอง

จึงขอให้นักเรียนเตรียมตัวและจัดเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

1. เอกสารยินยอมการรับวัคซีนจากผู้ปกครอง (สามารถพิมพ์ได้จากเอกสารที่แนบไป)
2. บัตรประจำตัวประชาชน(ตัวจริง)

เตรียมมาให้พร้อมในวันที่นักเรียนจะฉีดวัคซีน ดังนี้

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| 1.ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 | ฉีดในเวลา 09.00 – 11.00 น. |
| 2.ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 | ฉีดในเวลา 11.00 – 13.00 น. |
| 3.ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 | ฉีดในเวลา 13.00 – 15.00 น. |

**\*\*นักเรียนทุกคน ต้องมาพบครูที่ปรึกษา ณ อาคารวิบูลย์ก่อนการเข้ารับการฉีดวัคซีน 30 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมและให้ปฏิบัติตามมาตรการ D – M – H – T – T ตามมาตรการของโรงเรียนอย่างเคร่งครัด\*\***