[태국어]

แบบคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หมายเลขบัตรต่างด้าว	(☐ชาย ☐หญิง)	เบอร์โทรศัพท์	
ชื่อ		น้ำหนัก	กก.
ที่อยู่			

รายการคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	บิดา/มารดา/ผู้ดูแล/ผู้รับวัคซีน ☑
วันนี้คุณมีอาการป่วยหรือไม่สบายหรือไม่? ถ้ามีโปรดระบุอาการ ( )	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
ท่านเคยมีอาการแพ้ เช่น ลมพิษ หรือผื่นแดงตามผิวหนังหลังจากได้รับยา หรืออาหาร เช่น ไข่ หรือหลังการรับวัคซีนหรือไม่?	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
คุณเคยมีอาการข้างเคียงหลังรับวัคซีนหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุชื่อวัคซีนที่ได้รับ ( )	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
คุณเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา เนื่องจากอาการผิดปกติแต่กำเนิด หอบหืด ปัญหาเกี่ยวกับปอด หัวใจ ไตตับ โรคทางระบบ เมตาบอลิสม เช่น เบาหวาน หรือโรคเลือดหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุ ( )	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
คุณเคยชัก หรือมีความผิดปกติของสมองหรือระบบประสาทหรือไม่ (รวมกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร)?	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
คุณป่วยเป็นโรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือ โรคอื่นๆ ทางระบบภูมิคุ้มกัน หรือไม่ ? ถ้ามี โปรดระบุอาการ ( )	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา คุณเคยได้รับยาสเตียรอยด์ เช่น คอร์ติโซน เพรดนิโซโลน รวมทั้งยาหรือรับการฉายแสงรังสีรักษาเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่?	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยได้รับเลือด ส่วนประกอบของเลือดหรือแอนติบอดีหรือไม่?	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
คุณเคยได้รับวัคซีนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุวัคซีน ( )	☐ใช่ ☐ไม่ใช่
(สำหรับผู้หญิง) คุณกำลังตั้งครรภ์ หรืออาจตั้งครรภ์ภายในช่วง 1 เดือนนี้หรือไม่?	☐ใช่ ☐ไม่ใช่

ดังนั้นข้าพเจ้าจึงยอมรับวัคซีน หลังจากได้รับทราบผลการตรวจร่างกาย
และทราบอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการได้รับวัคซีน
บิดา/มารดา/ผู้ดูแล/ผู้รับวัคซีน (ลายเซ็น) ความสัมพันธ์กับผู้รับวัคซีน:
ปี _____ เดือน _____ วันที่ _____

※ ข้าพเจ้าประสงจะรับข้อความสั้น (SMS) ยืนยันการรับวัคซีนในครั้งนี้ และคำแนะนำสำหรับการรับวัคซีนในครั้งต่อไป
เบอร์โทรศัพท์มือถือ:_____

ผลการคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (กรอกโดยแพทย์)		ทำเครื่องหมาย ☑
อุณหภูมิกาย : องศาเซลเซียส	ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับวัคซีน	☐
ข้าพเจ้าได้อธิบายว่าผู้รับวัคซีนควรรอสังเกตอาการที่หน่วยให้บริการทางการแพทย์ 20-30 นาที ภายหลังรับวัคซีน		☐
ผลการซักประวัติ :		
จากผลการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ผู้รับวัคซีนสามารถรับวัคซีนได้ แพทย์ : (ลายเซ็น)		

ข้อมลด้านบนและผลการตรวจร่างกายจะเก็บไว้เป็นความลับเป็นระยะเวลา 5 ปี และจะนำมาใช้เพื่อการประเมินความปลอดภัยจากวัคซีนเท่านั้น (ข้อบังคมที่ 26 ตามระเบียบในบทบัญญัติกฎหมายการควบคมป้องการโรคติดต่อ)
ข้อมลการสร้างเสริมภมิคุ้มกันโรคดังกล่าวจะทำการจัดเก็บและใช้ร่วมกันในกลุ่มผู้ให้บริการสร้างเสริมภมิคุ้มกันโรค เพื่อวัตถประสงค์ในการป้องกันการไม่ได้รับวัคซีน การได้รับวัคซีนซ้ำซ้อน และการออกใบรับรองการได้รับวัคซีน (ข้อบังคับที่ 28 ตามบัญญัติกฎหมายการควบคมป้องการโรคติดต่อ และข้อบังคับที่ 23 ตามระเบียบในบทบัญญัติกฎหมายการควบคมป้องการโรคติดต่อ)
ข้อมลจะเก็บไว้แบบกึ่งถาวรตามระเบียบข้อบังคับตามบทบัญญัติทางกฎหมายการบริหารข้อมลสาธารณะ
ข้อมลที่สามารถใช้ร่วมกันได้ ได้แก่ ข้อมลส่วนบคคลของผู้รับวัคซีน (ชื่อ หมายเลขต่างด้าว ที่อย่ เบอร์โทรศัพท์) ส่วนข้อมลต่อไปนี้ คือ ข้อมลส่วนบคคลของบิดามารดาหรือผู้ดแล และรายละเอียดของวัคซีนที่ได้รับ (ชื่อวัคซีน ลำดับที่ของโด๊สวัคซีน วันที่ที่รับวัคซีน ชนิดของวัคซีน วิธีและตำแหน่งหรือช่องทางการรับวัคซีน) จะถกเก็บเป็นความลับ
และจะบริหารจัดการภายใต้อำนาจที่ได้รับตามบัญญัติกฎหมายการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล (บทบัญญัติกฎหมาย เลขที่ 10465)

번역(Translator) : Akechai Im-Aram / 감수(Supervisor) : Charung Muangchana