

แบบคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หมายเลขบัตรต่างด้าว	(<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง)	เบอร์โทรศัพท์	
ชื่อ		น้ำหนัก	กก.
ที่อยู่			

รายการคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	บิดามารดา/ผู้ดูแล/ผู้รับวัคซีน <input checked="" type="checkbox"/>
วันนี้คุณมีอาการป่วยหรือไม่สบายหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุอาการ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ท่านเคยมีอาการแพ้ เช่น ลมพิษ หรือผื่นแดงตามผิวหนังหลังจากได้รับยา หรืออาหาร เช่น ไข่ หรือหลังการรับวัคซีนหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยมีอาการข้างเคียงหลังรับวัคซีนหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุชื่อวัคซีนที่ได้รับ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา เนื่องจากอาการผิดปกติแต่กำเนิด ก้อนเนื้องอก หอบหืด ปัญหาเกี่ยวกับปอด หัวใจ ตับ โรคทางระบบ เมตาบอลิซึม เช่น เบาหวาน หรือโรคเลือดหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยช้ำ หรือมีความผิดปกติของสมองหรือระบบประสาทหรือไม่ (รวมกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร)?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณป่วยเป็นโรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือ โรคอื่นๆ ทางระบบภูมิคุ้มกันหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุอาการ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับยาสเตียรอยด์ เช่น คอร์ติโซน เพรดนิโซโลน รวมทั้งยาหรือการฉายแสงรังสีรักษาเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยได้รับเลือด ส่วนประกอบของเลือดหรือแอนติบอดีหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยได้รับวัคซีนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุวัคซีน ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(สำหรับผู้หญิง) คุณกำลังตั้งครรภ์ หรืออาจตั้งครรภ์ภายในช่วง 1 เดือนนี้หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ดังนั้นข้าพเจ้าจึงยินยอมรับวัคซีน หลังจากได้รับทราบผลการตรวจร่างกาย และทราบอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการได้รับวัคซีน

บิดา/มารดา/ผู้ดูแล/ผู้รับวัคซีน (ลายเซ็น) ความสัมพันธ์กับผู้รับวัคซีน: _____

ปี _____ เดือน _____ วันที่ _____

※ ข้าพเจ้าประสงค์จะรับข้อความสั้น (SMS) ยืนยันการรับวัคซีนในครั้ง นี้ และคำแนะนำสำหรับการรับวัคซีนในครั้งต่อไป

เบอร์โทรศัพท์มือถือ: _____

ผลการคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (กรอกโดยแพทย์)	ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/>
อุณหภูมิกาย : องศาเซลเซียส ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับวัคซีน	<input type="checkbox"/>
ข้าพเจ้าได้อธิบายว่าผู้รับวัคซีนควรรอสังเกตอาการที่หน่วยให้บริการทางการแพทย์ 20-30 นาที ภายหลังก่อรับวัคซีน	<input type="checkbox"/>
ผลการซักประวัติ :	
จากผลการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ผู้รับวัคซีนสามารถรับวัคซีนได้	
แพทย์ : (ลายเซ็น)	

ข้อมูลด้านแผนและผลการตรวจร่างกายจะเก็บไว้เป็นความลับเป็นระยะเวลา 5 ปี และจะนำมาใช้เพื่อการประเมินความปลอดภัยจากวัคซีนเท่านั้น (ข้อมูลวันที่ 26 ตามระเบียบในแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ)

ข้อมูลการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคดังกล่าวจะทำการจัดเก็บและใช้ร่วมกันในกล่มผู้ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันการไม่ได้รับวัคซีน การได้รับวัคซีนซ้ำซ้อน และการออกใบรับรองการได้รับวัคซีน (ข้อมูลวันที่ 28 ตามแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ และข้อมูลวันที่ 23 ตามระเบียบในแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ)

ข้อมูลจะเก็บไว้แบบกึ่งการตามระเบียบข้อบังคับตามแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ

ข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันได้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับวัคซีน (ชื่อ หมายเลขต่างด้าว ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์) ส่วนข้อมูลต่อไปนี้เป็น ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาหรือผู้ดูแล และรายละเอียดของวัคซีนที่ได้รับ (ชื่อวัคซีน ลำดับที่ของโดสวัคซีน วันที่ที่รับวัคซีน ชนิดของวัคซีน วิธีและตำแหน่งหรือช่องทางการรับวัคซีน) จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะบริหารจัดการภายใต้อำนาจที่ได้รับตามบัญญัติกฎหมายการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล (บทบัญญัติกฎหมาย เลขที่ 10465)