

**ด่วนที่สุด**

ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๒๖๓๖

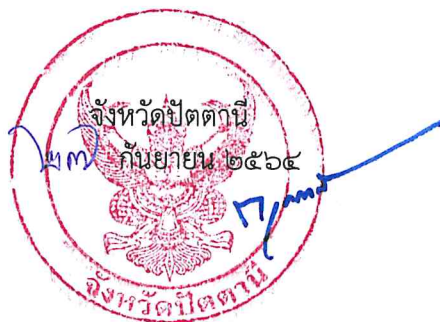


ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอสาวยบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี  
เทศบาลเมืองปัตตานี และเทศบาลเมืองตะลัน

ตามหนังสือจังหวัดปัตตานี ด่วนที่สุด ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๒๐๙๐ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๔  
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่ากระทรวงสาธารณสุขได้จัดหาวัคซีนไฟเซอร์ สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
อายุ ๑๒ ปีขึ้นไปที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จึงแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดการศึกษา  
และโรงเรียนในสังกัด ร่วมประชุมเตรียมความพร้อมรับการฉีดวัคซีนของนักเรียน ในวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๔  
เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป ผ่าน เพจ facebook : การศึกษาท้องถิ่นไทย นั้น

จังหวัดปัตตานีขอเรียนว่า จากการประชุมเตรียมความพร้อมรับการฉีดวัคซีนของนักเรียน  
โรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน  
๒๕๖๔ ผ่านระบบ Zoom Meeting ได้รับทราบแนวทางการดำเนินการเตรียมความพร้อมการให้บริการฉีดวัคซีน  
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเตรียมความพร้อมรับการฉีดวัคซีน  
ของนักเรียนในโรงเรียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นและโรงเรียน ดำเนินการสำรวจข้อมูลการขอรับบริการฉีดวัคซีนให้แก่เด็กนักเรียนที่มีอายุ ๑๒ - ๑๘ ปี  
ตามความสมัครใจและความยินยอมของผู้ปกครองและรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงานที่กำหนด ทั้งนี้ ขอให้ส่ง  
รายงานดังกล่าว ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔  
ก่อนเวลา ๑๑.๐๐ น. เพื่อให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานีได้สรุปข้อมูลภาพรวมให้สำนักงาน  
ศึกษาธิการจังหวัดปัตตานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบต่อไป  
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอสาวยบุรี  
ให้แจ้งองค์การบริหารส่วนตำบลมะนังดาลำดำเนินการด้วย



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐๗๓-๓๓๖๐๔๔, ๐๗๓-๓๔๔๕๑๔ ต่อ ๑๐๕

โทรสาร ๐๗๓-๓๓๖๕๘๑

ผู้ประสานงาน นางสาวคันสนีย์ แก้วกระบัตร์

(ร่าง)

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer)

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป

ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

หรือเทียบเท่า

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2564

**แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป  
ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า**

**ที่ปรึกษา**

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

แพทย์หญิงวริยา เหลืองอ่อน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

**คณะบรรณาธิการ**

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล

แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์

นายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย

แพทย์หญิงปิยดา อังศุวัชรกร

นางสาวปรางณพิชญ์ วิหารทอง

นายเผด็จศักดิ์ ขอบธรรม

ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ

ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

## คำนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ เช่น คัดกรองและเฝ้าระวังโรค กักตัวผู้มีความเสี่ยง รักษาระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า จัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม เป็นต้น แต่สิ่งที่มีความหวังของรัฐบาลและประชาชนในขณะนี้ คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้น ๆ ว่า วัคซีนโควิด 19 นั้น ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีนดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการใช้วัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพของประเทศจะดำเนินการได้

เพื่อให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า มีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีน Pfizer ในกลุ่มดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงได้จัดแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและทิศทางเดียวกัน โดยได้รับความกรุณาจากศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์ รวมถึงคณาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ สมาคมและราชวิทยาลัยแพทย์สาขาต่าง ๆ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมโรคในการพิจารณาองค์ความรู้และขีดความสามารถอย่างดียิ่ง

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2564

## สารบัญ

|                                                                                                 | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 (Pfizer).....                                           | 1    |
| การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน .....                                        | 2    |
| 1. วัตถุประสงค์.....                                                                            | 2    |
| 2. กลุ่มเป้าหมาย.....                                                                           | 2    |
| 3. พื้นที่ดำเนินการ.....                                                                        | 2    |
| 4. รูปแบบการดำเนินงาน.....                                                                      | 2    |
| 5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง .....                                                                  | 2    |
| 6. การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน .....                                               | 3    |
| ภาคผนวก .....                                                                                   | 7    |
| ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี) สำหรับครูประจำชั้น..... | 1    |
| ภาคผนวกที่ 2 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี) สำหรับโรงเรียน .....    | 2    |
| ภาคผนวกที่ 3 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี) สำหรับโรงเรียน .....    | 3    |
| ภาคผนวกที่ 4 แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 – 17 ปี) .   | 4    |
| ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 – 17 ปี).....     | 6    |
| ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี).....        | 7    |
| ภาคผนวกที่ 7 แบบสรุปผลการให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี).....             | 6    |

## แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ที่ศึกษาอยู่ใน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

กรมควบคุมโรค

9 กันยายน 2564

### ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 (Pfizer)

วัคซีน Pfizer มีชื่อทางการค้า คือ Comirnaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ที่สามารถดำเนินการผลิตได้ง่าย รวดเร็ว กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี ในกรณีที่มีการกลายพันธุ์ของไวรัส จะปรับปรุงวัคซีนได้ง่าย มีข้อมูลการศึกษาและใช้จริงในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรป พบประสิทธิผลสูงมาก รวมทั้งการศึกษาในประเทศอิสราเอล พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อทั้งหมดได้ร้อยละ 95 ป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มีอาการได้ร้อยละ 91 ป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากปวยหวั่น และเสียชีวิตได้ ร้อยละ 97 และการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 70 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก และในประเทศสกอตแลนด์พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 91 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก มีข้อมูลการใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องว่าปลอดภัย และได้ผลดี และมีการรับรองและยอมรับสำหรับประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา อาจทำให้เกิดอุปสรรคน้อยกว่าในการต้องเดินทางเข้าเมืองในประเทศเหล่านั้น มีอาการข้างเคียงพบได้บ่อย ประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เนื่องจากเป็นเทคโนโลยีใหม่ จึงทำให้มีความกังวลถึงผลข้างเคียงในระยะยาว

**ขนาดต่อโดส:** วัคซีนไฟเซอร์ บรรจุในขวดแก้วสำหรับใช้หลายโดส (Multiple Dose Vial) ชนิด preservation free ในหนึ่งขวดบรรจุวัคซีน 0.45 มิลลิลิตร หลังจากเจือจางแล้ว 1 ขวดวัคซีนประกอบด้วย วัคซีน 6 โดส โดสละ 30 ไมโครกรัมใน 0.3 มิลลิลิตร

**วิธีการฉีด:** เข้าชั้นกล้ามเนื้อ

**กำหนดการให้วัคซีน :** กำหนดให้วัคซีน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์

**อายุที่สามารถฉีดวัคซีนได้:** 12 ปีขึ้นไป

**การเก็บรักษาวัคซีน:**

**กรณีแช่แข็ง**

- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -80 ถึง -60 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 6 เดือน
- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -25 ถึง -15 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 2 สัปดาห์

**ละลายจากการแช่แข็ง**

- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 2 ถึง 8 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 1 เดือน นับตั้งแต่นำออกจากอุณหภูมิติดลบ
- ขวดวัคซีนที่ยังไม่ได้เจือจาง สามารถเก็บได้ที่อุณหภูมิห้องได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลาในการละลาย

## การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียนอายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

### 1. วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

### 2. กลุ่มเป้าหมาย

นักเรียน/นักศึกษา ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช/ปวส.) หรือเทียบเท่า

### 3. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการพร้อมกัน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

### 4. รูปแบบการดำเนินงาน

กำหนดให้บริการวัคซีน Pfizer ผ่านสถาบันการศึกษา (รูปแบบวัคซีนนักเรียน) เช่น

- โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน
- สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.)
- โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

แห่งชาติ

- โรงเรียนสอนศาสนา กระทรวง.....

- สถาบันการศึกษาอื่นๆที่มีผู้มีอายุ 12 ปีขึ้นไป กำลังศึกษาอยู่ เช่น โรงเรียนทหาร

กระทรวงกลาโหม โรงเรียนคนพิการ กระทรวงพม เป็นต้น

ทั้งนี้ หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

### 5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการให้วัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ดังนี้

| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รับผิดชอบ                   | การดำเนินงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1      | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร | 1. บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือ คณะอนุกรรมการการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร ภายใต้ คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร<br>2. ประสานงานกระทรวงศึกษาธิการ ศึกษาธิการจังหวัด หรือ หน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อเตรียมการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน<br>3. สำรวจเป้าหมาย จัดทำแผนจัดสรร และกำหนดช่วงเวลาเข้ารับ |

| ลำดับที่ | หน่วยงานที่รับผิดชอบ                                             | การดำเนินงาน                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                                  | วัคซีนของนักเรียน<br>4. กำหนดสถานบริการฉีดวัคซีน<br>5. ประสานผู้บริหารโรงเรียนเพื่อนำนักเรียนเข้ารับวัคซีน<br>6. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC                                                                                                                    |
| 5.2      | กระทรวงศึกษาธิการ และ<br>หน่วยงานต้นสังกัดของ<br>สถานศึกษาอื่น ๆ | 1. กำกับติดตามการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน ตามนโยบายของ<br>ประเทศ<br>2. รวบรวมข้อมูลนักเรียนและแจ้งแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/<br>กรุงเทพมหานคร                                                                                                                                 |
| 5.3      | สถานศึกษา                                                        | 1. ชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีน และจัดส่ง<br>คำแนะนำการให้วัคซีนและใบยินยอมให้นักเรียนฉีดวัคซีน<br>2. แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุข<br>จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบที่สำนักงานสาธารณสุข/<br>กรุงเทพมหานครกำหนดไว้              |
| 5.4      | สถานพยาบาล                                                       | 1. จัดระบบการให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจสอบใบ<br>ยินยอม ชักประวัติ คัดกรอง ฉีดวัคซีน นัดหมาย ออกเอกสาร<br>รับรอง และเฝ้าระวัง AEFI<br>2. รับ-จ่ายวัคซีน จัดเก็บวัคซีน และรายงานสถานะคงคลัง<br>3. บันทึกผลการให้บริการในระบบ MoPH IC ให้ครบถ้วนทุกราย<br>และเป็นปัจจุบัน |
| 5.5      | กรมควบคุมโรค                                                     | 1. จัดส่งวัคซีน Pfizer และอุปกรณ์การฉีด (เริ่มส่ง ตุลาคม 64)<br>2. ติดตามผลการฉีดวัคซีนในภาพรวมของประเทศ                                                                                                                                                                          |

## 6. การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน ฯ

เพื่อให้การดำเนินงานให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนฯ มีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงควรมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

### 6.1 การเตรียมก่อนการให้บริการ

เนื่องจากวัคซีน Pfizer เป็นวัคซีนชนิดใหม่ที่ทำให้บริการในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการเตรียมการให้บริการ มีรายละเอียด ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
  1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและแผนการจัดสรรวัคซีน Pfizer จากกรมควบคุมโรค

2. ประสานศึกษาธิการจังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา เพื่อทราบจำนวน  
กลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 2 และแจ้งจำนวน  
นักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีนมายังกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 3
  3. จัดทำแผนการดำเนินการให้วัคซีนสำหรับนักเรียน ประกอบด้วย กำหนดสถานบริการฉีดวัคซีน  
จำนวนนักเรียนที่ได้รับการฉีดวัคซีน กำหนดช่วงเวลาเข้ารับวัคซีน แผนการจัดสรรวัคซีนระดับ  
พื้นที่ตามจำนวนวัคซีนที่ได้รับแจ้งจากกรมควบคุมโรค
  4. แจ้งแผนการจัดส่งวัคซีน ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่ต้องจัดส่งวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่  
ต้องการ แก่กรมควบคุมโรค ภายหลังจากทราบยอดจัดสรรวัคซีนจากกรมควบคุมโรค
  5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC และการติดตามผลการให้บริการราย  
โรงเรียน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 6
  6. บริหารจัดการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน
- กรุงเทพมหานคร ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรค  
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร ภายใต้อำนาจคณะกรรมการโรคติดต่อ  
กรุงเทพมหานคร
    1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและแผนการจัดสรรวัคซีน Pfizer จากกรมควบคุมโรค
    2. ประสานศึกษาธิการจังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา เพื่อทราบจำนวน  
กลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 2 และแจ้งจำนวน  
นักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีนมายังกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 3
    3. จัดทำแผนการดำเนินการให้วัคซีนสำหรับนักเรียน ประกอบด้วย กำหนดสถานบริการฉีด  
วัคซีน จำนวนนักเรียนที่ได้รับการฉีดวัคซีน กำหนดช่วงเวลาเข้ารับวัคซีน แผนการจัดสรรวัคซีน  
ระดับพื้นที่ตามจำนวนวัคซีนที่ได้รับแจ้งจากกรมควบคุมโรค
    4. แจ้งแผนการจัดส่งวัคซีน ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่ต้องจัดส่งวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่  
ต้องการ แก่กรมควบคุมโรค ภายหลังจากทราบยอดจัดสรรวัคซีนจากกรมควบคุมโรค
    5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC และการติดตามผลการให้บริการ  
รายโรงเรียน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 6
    6. บริหารจัดการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน
  - สถานศึกษา
    1. สืบหาจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1-2
    2. ชี้แจงผู้ประกอบการเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน และจัดส่งคำแนะนำการให้วัคซีนรวมทั้ง  
ใบยินยอมการรับวัคซีน รายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 4-5
  - สถานพยาบาล

จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐาน วัคซีน และสถานที่ให้วัคซีน ดังนี้

#### 1. การเตรียมวัคซีน

- อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ สารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% ชนิดฉีดที่มีปริมาตร  $\geq 2$  มิลลิลิตร กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยา ชนิด Low Dead Volume และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น สำลี แอลกอฮอล์ ถุงมือ เป็นต้น
- การเตรียมวัคซีน สถานพยาบาลสามารถดำเนินการตามแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับวัคซีนบริจาค ลอต 1.5 ล้านโดส ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2564 หน้า 4-5

2. เตรียมสถานที่ให้บริการที่มีแพทย์/พยาบาล ดูแล และสามารถให้การช่วยเหลือได้ รวมถึงจุดให้บริการนอกสถานพยาบาล โดยจัดสถานที่แยกจุดรอบริการ จุดให้บริการ ที่นั่งเผื่อสังเกตอาการ ให้เป็นสัดส่วนตามหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) พร้อมเตรียมวัสดุอุปกรณ์การฉีด อุปกรณ์กั๊กชีพ และเตรียมระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุฉุกเฉิน

#### 6.2 การให้บริการ

- ตรวจสอบความพร้อมก่อนให้บริการ ได้แก่ การกำหนดลำดับขบวนวัคซีนเรียงตามวันหมดอายุ ตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ครบถ้วนถูกต้องพร้อมใช้งาน
- ยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ
- ตรวจสอบใบยินยอมการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12 ปีขึ้นไป)
- ชักประวัติ คัดกรอง และให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย
- ฉีดวัคซีนบริเวณต้นแขนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ตามขนาดและตำแหน่งที่กำหนดด้วยวิธี sterile technique หลังฉีดวัคซีนให้พักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที และบันทึกอาการก่อนกลับบ้าน
- ภายหลังฉีดให้เจ้าหน้าที่นัดหมายการฉีดวัคซีนเข็มถัดไปในระบบ MoPH IC และหากกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ขอให้ตรวจสอบและพิมพ์เอกสารรับรองเพื่อเป็นหลักฐานการได้รับวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมาย
- ในกรณีที่มีวัคซีน Pfizer ที่เหลือจากการฉีดกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าครบถ้วนทุกคนแล้ว อาจพิจารณาบริหารจัดการวัคซีนที่เหลือดังกล่าวเพื่อประโยชน์สูงสุดในการป้องกันควบคุมโรคในสถานศึกษา โดยให้วัคซีนในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา เช่น ครู นักการภารโรง หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

#### 6.3 การดำเนินงานหลังให้บริการ

- ให้นำหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน บันทึกผลการให้บริการวัคซีน Pfizer ของผู้รับวัคซีนในระบบ MoPH Immunization Center ทุกราย ทั้งกรณีให้บริการภายในและ

ภายนอกสถานพยาบาล ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และการติดตามผลการให้บริการรายโรงเรียน รายชั้นปี ในพื้นที่รับผิดชอบ

- เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เนื่องจากวัคซีนโควิด 19 เป็นวัคซีนใหม่ ที่พัฒนาและผลิตขึ้นอย่างเร่งด่วน ที่ใช้ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน เพื่อเป็นการกำกับติดตามความปลอดภัยและประกันความมั่นใจของกลุ่มเป้าหมายต่อวัคซีนและงานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายละเอียดตามภาคผนวกที่.....
- การจัดการวัคซีนที่ใช้แล้ว



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

# Timeline การฉีดวัคซีนให้กับนักเรียน

## เริ่มฉีด ๓.ค. 64

6-17  
ก.ย.

สถานศึกษาจัดทำข้อมูล  
รายชื่อ/จำนวน นร.

17-22  
ก.ย.

ประชาสัมพันธ์สร้าง  
การรับรู้เรื่องวัคซีนกับ  
ผู้ปกครอง

25-27  
ก.ย.

สถานศึกษารายงาน อปท.  
สรุปรายชื่อ นร.ที่ประสงค์จะรับ  
การฉีดวัคซีน แล้วรายงาน สถจ.

22-24  
ก.ย.

แจ้งผู้ปกครองอนุญาตให้  
นร.รับการฉีดวัคซีน  
+ แสดงความยินยอม

28-29  
ก.ย.

สถจ.สรุปรายชื่อ/จำนวน นร.  
ที่ประสงค์จะฉีดวัคซีนแจ้ง  
คธจ.+สสจ.

1  
ต.ค.

อปท.+สถานศึกษา รับทราบและ  
เตรียมความพร้อมด้านสถานที่  
ร่วมกับสถานศึกษาในสังกัด

4 ตุลาคม  
เริ่มการฉีดวัคซีน



รวมคลิปวีดิทัศน์ InfoGraphic  
เพื่อใช้เผยแพร่ สร้างการรับรู้ ความเข้าใจวัคซีน

- <https://bit.ly/3hljMPo>
- <https://bit.ly/3AmpqOc>

## ภาคผนวก

## สำหรับโรงเรียน

**ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน**

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน.....ชั้น.....ห้อง.....

สังกัด.....จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

| ลำดับ | ชื่อ-นามสกุล | หมายเลขบัตรประชาชน/<br>หมายเลขหนังสือเดินทาง<br>(กรณีชาวต่างชาติ) | วัน/เดือน/ปีเกิด | อายุ (ปี) | ความประสงค์<br>รับวัคซีน Pfizer                              | หมายเหตุ |
|-------|--------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|--------------------------------------------------------------|----------|
| 1     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 2     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 3     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 4     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 5     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 6     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 7     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 8     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 9     |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 10    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 11    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 12    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 13    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 14    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 15    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 16    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 17    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 18    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 19    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
| 20    |              |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |
|       | รวม          |                                                                   |                  |           | <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ |          |

- หมายเหตุ :
1. หากนักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถานศึกษา
  2. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง
  3. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

## แบบสรุปสำหรับโรงเรียน

แบบสรุปสำหรับสถานศึกษา  
ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า  
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า  
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา  
ชื่อโรงเรียน.....  
สังกัด.....จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

| ลำดับ | ระดับชั้น     | จำนวนนักเรียน (คน) |                  | หมายเหตุ |
|-------|---------------|--------------------|------------------|----------|
|       |               | ทั้งหมด            | ประสงค์รับวัคซีน |          |
| 1     | ม.1 หรือ..... |                    |                  |          |
| 2     | ม.2 หรือ..... |                    |                  |          |
| 3     | ม.3 หรือ..... |                    |                  |          |
| 4     | ม.4 หรือ..... |                    |                  |          |
| 5     | ม.5 หรือ..... |                    |                  |          |
| 6     | ม.6 หรือ..... |                    |                  |          |
|       | รวม           |                    |                  |          |

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมส่งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเพื่อสรุปข้อมูลประสานการปฏิบัติกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด

**แบบสรุปสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**  
**ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า**  
**ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer**

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า  
 ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา  
 สังกัด.....จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีน

| ลำดับ | ระดับชั้น     | จำนวนนักเรียน (คน) |                  | หมายเหตุ |
|-------|---------------|--------------------|------------------|----------|
|       |               | ทั้งหมด            | ประสงค์รับวัคซีน |          |
| 1     | ม.1 หรือ..... |                    |                  |          |
| 2     | ม.2 หรือ..... |                    |                  |          |
| 3     | ม.3 หรือ..... |                    |                  |          |
| 4     | ม.4 หรือ..... |                    |                  |          |
| 5     | ม.5 หรือ..... |                    |                  |          |
| 6     | ม.6 หรือ..... |                    |                  |          |
|       | รวม           |                    |                  |          |

หมายเหตุ : ส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสรุปจำนวนนักเรียนที่มีความประสงค์รับวัคซีนของโรงเรียนในสังกัดแล้วรายงาน  
 สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเพื่อจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด  
 เพื่อบริหารจัดการวัคซีน

## แบบสรุปสำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปลำดับจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์จะขอสมัครเข้าศึกษาต่อที่ Pfizer รายจังหวัด

จังหวัด.....

คำชี้แจง : ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด สรุปรายการของจังหวัดเพื่อแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

และกำหนดชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการจิตเวช

[illegible]

## ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียน/นักศึกษาชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ฉีดวัคซีนไฟเซอร์



### เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์

#### ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอวัยวะหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ในขณะนี้ (ณ วันที่ 15 กันยายน 2564) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย ให้ใช้กับผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป มีเพียงชนิดเดียว ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) และได้ผ่านการเห็นชอบให้ใช้วัคซีนดังกล่าวจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยวัคซีนนี้เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากปวยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีนไฟเซอร์ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่มีไข้หรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปได้เองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรงดออกกำลังกายหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่



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



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรณารอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่  
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                 |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2 | นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19<br>หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด<br>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<br>โรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีการ<br>กำเริบ ยกเว้นผู้ป่วยดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรค<br>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<br>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<br>(ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ<br>และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อม  
กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



ที่ .....

โรงเรียน.....

กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบสำรวจและเอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/ นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 ชุด
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษาซึ่งศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า ในวันที่ ..... เวลา ..... จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่ .....รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร. ....

