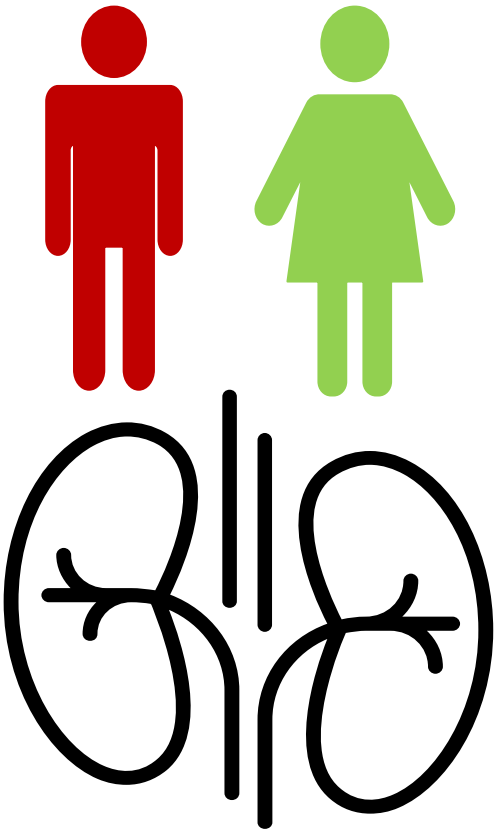
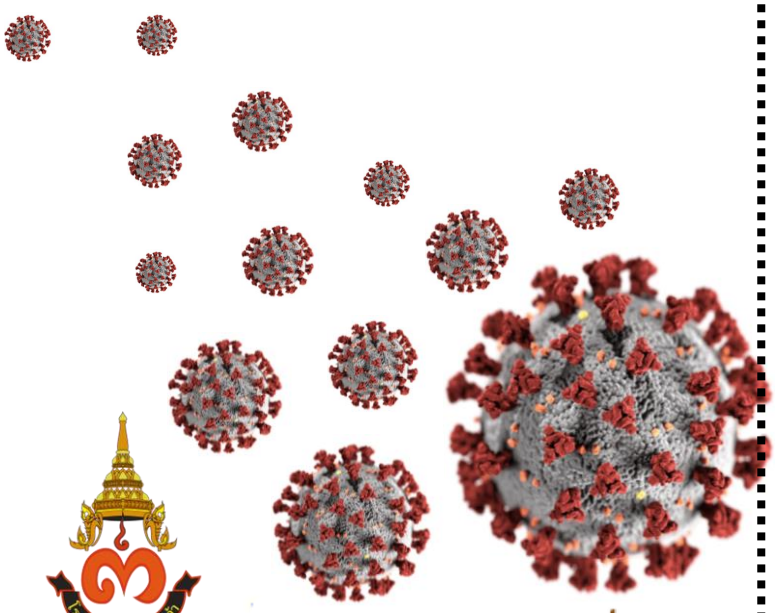
คำแนะนำ
สำหรับผู้ป่วยโรคไต
ในช่วงโควิด-19

ฉบับ ตุลาคม 2564

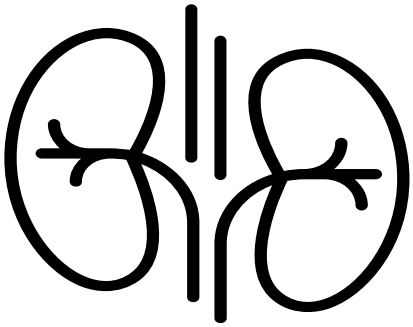




หน่วยไต กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
Pranangklao Hospital

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



1 ออกจากบ้านเมื่อจำเป็น
หากออกนอกบ้าน **เว้นระยะห่าง**จากผู้อื่น**อย่างน้อย 1-2 เมตร**

2 **สวมหน้ากากอนามัย**หรือ**หน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน**
โดยศึกษาขั้นตอนการสวมและถอดหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี

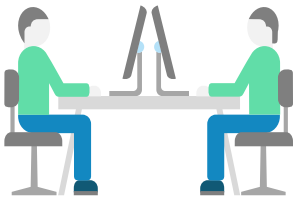
3 **ล้างมือบ่อยๆ** ด้วยสบู่หรือเจลแอลกฮอลล์ทุกครั้ง อย่างน้อย 20 วินาที

* ก่อนรับประทานอาหาร
* ก่อนใส่หน้ากากอนามัย
* หลังจากไอ จาม
* หลังใช้ส้วม
* ก่อนและหลังถอดหน้ากากอนามัย
* หลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานสาธารณะ เช่น กลอนลูกบิดประตู ราวบันได
* ก่อนสัมผัสบริเวณใบหน้า โดยเฉพาะดวงตา จมูก ปาก

4 **ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ**บริเวณพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อยๆ เช่น ลูกบิดประตู โต๊ะ เก้าอี้

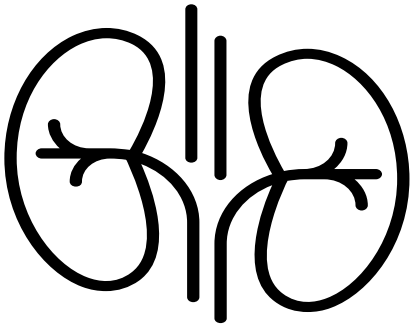
5 รักษาสุขอนามัย รับประทานอาหารร้อน/ปรุงสุกใหม่ๆ เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น**ใช้ช้อนกลางส่วนตัว** หรือ **นั่งแยกรับประทานอาหาร** แยกสำรับ **แยกของใช้ส่วนตัว** ไม่ควรใช้ร่วมกับผู้อื่น

6 ใช้รถสาธารณะที่จำเป็นเท่านั้น ถ้าเป็นไปได้ ทำงานที่บ้าน **หลีกเลี่ยงการเดินทาง**ไปยัง**พื้นที่/ประเทศเสี่ยง** หรือ การไปเยี่ยมผู้ป่วย หรือ การเข้าไปใน**พื้นที่**ที่มีคน**แออัด หนาแน่น พื้นที่ปิด** หรือการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย



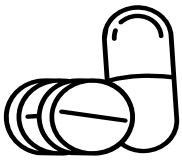
ดัดแปลงที่มาจาก: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



7 แนะนำให้**ออกกำลังกาย**ที่ความหนักปานกลางในระยะเวลาสะสมอย่างน้อย **150 นาทีต่อสัปดาห์** หรือในระดับที่เหมาะสมกับสภาพของหัวใจและหลอดเลือดและความทนทานด้านกายภาพของร่างกายแต่ละบุคคล

8 **รับประทานยา**รักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ **สม่ำเสมอ** หากไม่มีอาการผิดปกติ ติดต่อขอรับยาทางไปรษณีย์ หรือ ให้ญาติมารับยาแทนได้ ยกเว้น ในผู้ป่วยฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง ควรมาเจาะเลือด ตรวจติดตาม อย่างน้อยทุก 3-6 เดือน



9 **ถ้ามี**ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หอบเหนื่อย หรือ**อาการผิดปกติ**อื่นๆ ควรไปตรวจ คัดกรอง รักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ต้นสังกัดใกล้บ้านทันที

10 เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลดังต่อไปนี้ จะได้รับ**การคัดกรองค้นหาการติดเชื้อโควิด-19** ก่อน ซึ่งท่านอาจไม่ได้รับความสะดวกในการรับบริการ

* ก่อนรับการรักษานอนในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
* ก่อนเข้ารับการทำหัตถการ เช่น การใส่สายสวนเข้าหลอดเลือดดำสำหรับฟอกเลือด การเย็บไหมที่สายสวนหลอดเลือดดำสำหรับฟอกไต
* ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น การใส่สวยสวนหลอดเลือดดำกึ่งถาวรสำหรับฟอกเลือด การใส่สายล้างไตทางช่องท้อง เป็นต้น

11 ควรได้รับการฉีด**วัคซันป้องกันไวรัสตับอักเสบบี** หากยังไม่มีภูมิคุ้มกัน
ควรได้รับ**วัคซีนวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี**
ควรได้รับ**วัคซีนโควิด-19**

ดัดแปลงที่มาจาก: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ขอให้รับยากลับบ้านภายในวันที่มาตรวจรักษา

แจ้งผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หากมียาที่ต้องรับกลับบ้าน ขอให้รับยากลับบ้านภายในวันที่มาตรวจรักษา หากผู้รับบริการไม่สะดวกในการรอรับยา สามารถติดต่อห้องยาเพื่อขอรับบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ระบบ EMS โดยชำระค่าบริการในราคา ๕๐ บาทต่อครั้ง รวมค่ากล่อง(ทั่วประเทศไทย) ทางโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ ที่นี้

รายละเอียดเพิ่มเติม

ติดต่อขอรับยาทางไปรษณีย์

1. เมื่อมาโรงพยาบาล แจ้งแพทย์พยาบาล แล้วติดต่อช่อง 10 ชั้น 1 อาคารสำเภาทอง

2. โทรศัพท์ เบอร์ 02-5284567 ต่อห้องตรวจที่เคยมารับบริการ

3. Add Line: PNKMED

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Pranangklao Hospital

เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19
และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้บริการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์

สำหรับผู้ป่วยรับยาเดิมต่อเนื่องที่อาการคงที่ และไม่มีอาการผิดปกติ
ท่านสามารถแจ้งความประสงค์ขอรับบริการส่งยาทางไปรษณีย์ได้โดย
ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

โดยติดต่อห้องตรวจที่เคยมารับบริการ โทร 02-5284567 ต่อห้องตรวจ
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร 099-0550258, 02-5284567 ต่อ 10122,
10124, 10158 เวลา 8.30 – 20.00 น. ทุกวัน หรือ Add line : PNKMED

เมื่อติดต่อห้องตรวจและแพทย์ประเมินสั่งใช้ยาแล้ว ไปที่เว็บไซต์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (www.pranangklao.go.th) เลือกเมนู **ลงทะเบียนส่งยาทางไปรษณีย์**

ค่าส่งยาทางไปรษณีย์
ถึงบ้าน 50 บาท

Scan QR เพื่อลงทะเบียน
ส่งยาทางไปรษณีย์

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าก้าวไกล
ส่งยาทั่วไทย สะดวก มั่นใจ
กลับบ้านไว ไม่ต้องรอนาน

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Pranangklao Hospital

เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้บริการรับยาต่อเนื่องที่ร้านยา

เฉพาะสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 5 โรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หอบหืด และจิตเวช) ท่านสามารถแจ้งความประสงค์ขอรับบริการรับยาที่ร้านยาได้โดย ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

โดยติดต่อห้องตรวจที่เคยมารับบริการ โทร 02-5284567 ต่อห้องตรวจ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร 099-0550258, 02-5284567 ต่อ 10122, 10124, 10158 เวลา 8.30 – 20.00 น. ทุกวัน หรือ Add line : PNKMED

เมื่อติดต่อห้องตรวจและแพทย์ประเมินสั่งใช้ยาแล้ว ไปที่เว็บไซต์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (www.pranangklao.go.th) เลือกเมนู **ลงทะเบียนรับยาที่ร้านยา**

ร้านยาชุมชนอบอุ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Scan QR
เพื่อลงทะเบียน
รับยาที่ร้านยา

ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. ควร**ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน**การติดเชื้อโควิด-19 **อย่างเคร่งครัด** โดยการรักษาระยะห่าง สวนหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ทั้งที่อยู่ที่บ้านและมารับการฟอกเลือด

2. ต้อง**รายงานความผิดปกติ**ของตนเองหากมีอาการของโรคโควิด-19 และประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคโควิด-19 **ก่อนเข้ารับการฟอกเลือด**

3. แนะนำให้**จำกัดปริมาณน้ำดื่ม** รวมถึงน้ำในอาหารและเครื่องดื่ม ประมาณ 500 ถึง 800 มิลลิลิตร/วัน ร่วมกับพิจารณาปริมาณปัสสาวะที่เหลืออยู่ และน้ำหนักตัวของผู้ป่วย

4. ต้อง**สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า** และ/หรือ กระบังหน้า (Face shield) ตลอดเวลา**ระหว่างรับการฟอกเลือด**

5. **ไม่ควร**รับประทานอาหารระหว่างรับการฟอกเลือด

6. **ควร**ได้รับการ**ฟอกเลือดในศูนย์**ฟอกเลือด**เพียงแห่งเดียว**

7. ควร**เดินทาง**มาฟอกเลือด**โดยพาหนะส่วนตัว ถ้าเป็นไปได้**

8. **ไม่ควรมีผู้ติดตามหรือมีผู้ติดตามมา**ที่ศูนย์ฟอกเลือด**ให้น้อยที่สุด**

ดัดแปลงที่มาจาก: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

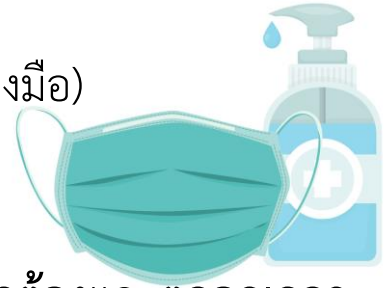
ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

1 ควร**ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน**การติดเชื้อโควิด-19 **อย่างเคร่งครัด** โดยการรักษาระยะห่าง สวนหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ทั้งที่อยู่ที่บ้านและออกนอกบ้าน

2 ให้**ล้างไตทางช่องท้องต่อไป** ควรทำในห้องแยก (ถ้ามี) และจำกัดสมาชิกในบ้านในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย 1 คน ต่อ ญาติผู้ดูแล 1 คน

3 หมั่น**ล้างมือ 6 ขั้นตอน**ตามที่ได้เรียนมา ห้ามลัดหรือข้ามขั้นตอน โดยล้างด้วยน้ำและสบู่ หรือ น้ำยาล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกฮอลล์ 70% ขึ้นไป

4 **อย่าสัมผัส**บริเวณ**ใบหน้า ตา จมูก ปาก** (หากยังไม่ได้ล้างมือ)



5 แนะนำให้**สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าอย่างถูกต้อง**และ**ตลอดเวลา**

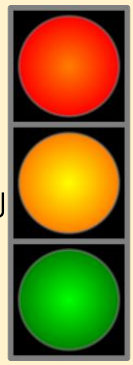
6 ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ที่อยู่ชายคาบ้านเดียวกัน **ควร**เข้า**รับการฉีดวัคซีน**ป้องกัน**โควิด-19** ทุกราย ยกเว้นมีข้อห้ามทางการแพทย์

7 **งด**การเดินทาง**ออกนอกบ้านโดยที่ไม่จำเป็น** หลีกเลี่ยงการไปในที่สาธารณะ

8 **หลีกเลี่ยง**การเดินทาง**มาโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็น** เน้นรับคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือการติดต่อสื่อสารทาง Telemedicine แทนการมาโรงพยาบาล ยกเว้นพยาบาล PD แนะนำให้มาหรือมีความจำเป็นรีบด่วน และควรเข้าระบบการคัดกรองของโรงพยาบาลก่อนมาที่ห้อง PD

ดัดแปลงที่มาจาก: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ข้อปฏิบัติเมื่อติดโรคโควิด-19



1 **ตั้งสติ**ให้ดี **ประเมินอาการ ระดับความรุนแรง**ของตนเอง ว่าอยู่กลุ่มผู้ป่วย สีเขียว หรือ สีเหลือง หรือ สีแดง

2 **เตรียม**บัตรประจำตัวประชาชน บัตรแพ้ยา (ถ้ามี) ยารับประทานประจำ โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้พร้อมอุปกรณ์สายชาร์จ หน้ากากอนามัย และเจลแอลกฮอลล์

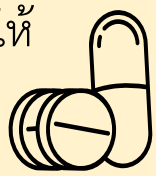
3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต **ต้องติดต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** ***ห้ามแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)*** **เด็ดขาด**

4 **สวมหน้ากาก**อนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา แยกของใช้ส่วนตัว **งดใกล้ชิดคนในครอบครัวหรือบุคลลอื่น** แจ้งและ**แนะนำให้คนใกล้ชิดไปตรวจคัดกรองหาเชื้อโควิด-19**

5 ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต**ให้โทรศัพท์แจ้งมายังโรงพยาบาล**ที่ตนได้รับการรักษากับอายุรแพทย์โรคไตอยู่ว่าติดโควิด-19 เพื่อประสานเข้ารับการรักษาต่อไป (**ในผู้ป่วยฟอกเลือดให้โทรศัพท์แจ้งศูนย์ฟอกเลือดด้วย**)

ข้อปฏิบัติเมื่อติดโรคโควิด-19

6 ถ้ามีเครื่อง**วัดปริมาณออกซิเจนปลายนิ้ว** ให้วัดระดับออกซิเจนในเลือด ถ้า**น้อยกว่า 96%** ถือว่ามีความ**ผิดปกติ และ**
ถ้าอยู่ระหว่าง 96-100% ให้ลองทำการออกกำลังกาย เพื่อตรวจหา **ภาวะออกซิเจนต่ำ ขณะออกกำลังกาย** (Exercise-induced hypoxia) หากระดับออกซิเจนก่อนและหลังออกกำลังกายต่างกัน ≥ 3% ถือว่าผลบวก ให้แจ้งผลการตรวจให้เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลทราบ



7 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตควรได้รับการ**รับประทานยาต้านไวรัส ฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir)** โดย**เริ่มให้ยาเร็วที่สุด**

8 หาก**มีอาการฉุกเฉิน**ให้**โทรเรียก 1669** ทุกวันได้ตลอด 24 ชั่วโมง

9 **รับประทานยา**เดิม**อย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา** หากมีไข้ให้รับประทานยาลดไข้พาราเซตามอลได้ ถ้าไม่มีประวัติแพ้ยา

10 **แจ้งแพทย์ พยาบาล**ทุกครั้งเมื่อแรกรับรักษานอนในโรงพยาบาลเกี่ยวกับอาการความผิดปกติของตน ประวัติสัมผัสโควิด-19 โรคประจำตัว ยารักษาที่รับประทานประจำ ประวัติการแพ้ยา (รวมถึงประวัติประจำเดือนและการตั้งครรภ์ในผู้หญิง และวันสุดท้ายของการฟอกเลือดในผู้ป่วยฟอกเลือด)

ผู้ป่วยโรคไต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ได้รับการบำบัดทดแทนไต (ทั้งการฟอกเลือด หรือ ล้างไตทางช่องท้อง) และผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต**ควรได้รับวัคซีนโควิด-19**

หลัง**วัคซีนโควิด-19** ยังสามารถติดเชื้อโควิด-19 ได้ แต่**ลดความรุนแรงของโรค ลดการแพร่เชื้อ ลดระยะเวลานอนโรงพยาบา**ล และ **ลดอัตราการเสียชีวิต**

ผู้ที่เคยมีประวัติโรคโควิด-19 มาก่อนควรได้รับวัคซีนโควิด-19 โดย**เว้นระยะห่าง**จากการติดเชื้อไป**อย่างน้อย 3 เดือน**

ผู้ได้รับการปลูกถ่ายไตแนะนำให้**รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้เมื่อพ้น 1 เดือน**หลังผ่าตัดและมีอาการคงที่แล้ว หรือเมื่อ**พ้น 1 เดือน**หลังได้รับการรักษาภาวะปฏิเสธ โดยปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อน

ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นประจำ**ทุกปี** โดย**เว้นระยะฉีด**ห่างจากวัคซีนโควิด-19 **อย่างน้อย 2-4 สัปดาห์**

ที่มา: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4 ขั้นตอน
การรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

1 จุดคัดกรอง อาคารเจ้าสัว

รับบัตรคิว

วัดอุณหภูมิ , วัดความดันโลหิต , ชั่งน้ำหนัก , วัดส่วนสูง

รับและกรอกเอกสาร เซ็นใบยินยอม

(นั่งรอเจ้าหน้าที่เรียกรอบละ 10 -20 คน)

2 จุดซักประวัติ อาคาร 18 ชั้น

ตรวจสอบเอกสาร

ประเมินความเสี่ยง

3 จุดฉีดวัคซีน

พยาบาลเตรียมยา/ฉีดวัคซีน

4 จุดสังเกตุอาการ 30 นาที

ยื่นเอกสาร/ติดสติกเกอร์

โหลด App หมอพร้อม

นั่งรอสังเกตุอาการ 30 นาที

พบเภสัชกรประเมินอาการ/รับใบนัด

เภสัชกร

ประเมินอาการ/รับใบนัด

EMS ส่งต่อกรณีมีอาการแพ้รุนแรง

แพทย์

เซ็นเอกสาร

พบแพทย์กรณีมีอาการไม่พึงประสงค์

แบบคัดกรองและใบยินยอม รับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เบอร์โทรศัพท์ ..... ที่อยู่.....

• กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า ท่านสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่ • หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่		ใช่	ไม่ใช่
1	คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี		
2	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง		
3	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา		
4	คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา		
5	คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น		
6	คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ		
7	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์		
8	ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน		
9	มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด		
10	คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน		
11	คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น		

ท่านได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม และ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมใต้วงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม

หากคุณมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงโดยข้าพเจ้า

☐ **ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19** ☐ **ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19**

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการวัคซีน/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม **ลงชื่อ**.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

วันที่ ...../...../..... **วันที่** ...../...../.....