

แนวทางการให้บริการ
วัคซีนโควิด 19
สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี
(ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565)

กรมควบคุมโรค
14 กุมภาพันธ์ 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19
สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี
(ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565)

กรมควบคุมโรค
14 กุมภาพันธ์ 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5 – 11 ปี (ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์

ดร.สุภัทธร จำปาทอง

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

นายแพทย์วิชาญ ปาวัน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

คณะบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธัญวีร์ ภูธนกิจ

นายแพทย์สรายุทธ์ บุญสุข

แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์

นายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย

แพทย์หญิงปิยดา อังศุวัชรากร

เภสัชกรอภิชัย พงษ์เลิศอรุณ

นางสาวปรารณพิชญ์ วิหารทอง

นายเผด็จศักดิ์ ชอบธรรม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองอธิบดีกรมอนามัย

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

คำนำ

ตามที่ประเทศไทยได้ให้บริการวัคซีนโควิด 19 มาตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 เพื่อป้องกันควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ซึ่งได้แพร่กระจายไปทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว การให้วัคซีนเพื่อเร่งรัดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประชากรจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการตอบโต้การระบาดและนำพาประเทศให้พ้นจากวิกฤติการระบาดของโรค โดยในระยะแรก ได้ให้วัคซีนโควิด 19 แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม วัคซีนโควิด 19 ได้ผ่านการศึกษาวินิจฉัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการพัฒนาวัคซีนชนิดใหม่ โดยวัคซีนไฟเซอร์ ฝาสีผสมสูตรสำหรับเด็ก สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี ซึ่งได้เริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ 31 มกราคม 2565 และล่าสุดวัคซีนซิโนแวค สำหรับเด็กอายุ 6 - 17 ปี ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

เพื่อให้การฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมายที่ขยายเพิ่มเติม รวมถึงมีโอกาสเข้าถึงวัคซีนที่หลากหลาย และเพื่อให้หน่วยฉีดวัคซีนสามารถดำเนินการไปได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ ซึ่งมุ่งหวังให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างทั่วถึง กรมควบคุมโรคจึงได้จัดทำแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี (ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถบริหารจัดการวัคซีนได้ตามวัตถุประสงค์ และสามารถให้บริการวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กรมควบคุมโรค

14 กุมภาพันธ์ 2565

สารบัญ

	หน้า
สรุปคำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5 - 11 ปี (ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565).....	1
ภาคผนวก	4
ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี จำแนกรายชนิดวัคซีน รายห้องเรียน	5
ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา.....	6
ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา รายจังหวัด	7
ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19	8
ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี	10
ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี	11

สรุปคำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5 - 11 ปี (ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565)

1. กำหนดการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคำแนะนำการฉีดวัคซีนโควิด 19 ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 สายพันธุ์โอมิครอน โดยพิจารณาจากคำแนะนำของอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมกับคำแนะนำของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ คำแนะนำภายใต้การขึ้นทะเบียนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุดแก่เด็ก เหมาะสมกับจำนวนวัคซีนในพื้นที่ ประกอบกับบริบทการให้บริการวัคซีนในประเทศไทยมีความหลากหลายแตกต่างกัน ทั้งในเขตเมืองชนบท รวมถึงพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล ซึ่งอาจมีทรัพยากร ระบบการขนส่งและจัดเก็บวัคซีน หรือระบบให้บริการฉีดวัคซีนที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่หรือแต่ละช่วงเวลา คำแนะนำการฉีดวัคซีน จึงคำนึงถึงปัจจัยเชิงนโยบายการจัดการระบบให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชากรในประเทศ อย่างไรก็ตาม การพิจารณาให้วัคซีนในรายบุคคลควรต้องพิจารณาบริบทเฉพาะรายเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับวัคซีน จึงแนะนำแนวทางการพิจารณาการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ดังนี้

ตารางที่ 1 กำหนดการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี

กลุ่มเป้าหมาย	ชนิดวัคซีน*	ขนาดวัคซีน	ระยะห่างระหว่างเข็ม
อายุ 5-6 ปี	Pfizer 2 เข็ม	ฝาสี่เหลี่ยม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	8 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
อายุ 6-11 ปี	Pfizer 2 เข็ม	ฝาสี่เหลี่ยม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	8 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
	Sinovac 2 เข็ม**	0.5 ml/โดส	4 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
	สูตรไขว้ Sinovac-Pfizer***	เข็มที่ 1 Sinovac 0.5 ml/โดส เข็มที่ 2 Pfizer ฝาสี่เหลี่ยม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	4 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)

หมายเหตุ

* สูตรการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก ให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครอง ภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำจากกุมารแพทย์

** ผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac 2 เข็ม (หรือวัคซีนทางเลือก Sinopharm) ทั้งนี้ แนะนำควรเข้ารับการกระตุ้นด้วยวัคซีน Pfizer 1 เข็ม (Pfizer ฝาสี่เหลี่ยม 10 ไมโครกรัม/0.2 ml) โดยมีระยะห่างอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป หลังเข็มที่ 2

*** อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมที่คำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 สำหรับเด็ก และวัยรุ่น (ฉบับที่ 5) ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 10 กุมภาพันธ์ 2565

(<https://www.thaipediatics.org/pages/People/Detail/48/401>)

2. แผนบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี

2.1 วัคซีนไฟเซอร์ฝาสีส้มสำหรับเด็ก

2.1.1 ในกรณีกลุ่มเด็กอายุ 5-11 ปี ที่มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ขอให้กุมารแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการเข้ารับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย รายละเอียดตามแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

2.1.2 การจัดลำดับความสำคัญการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ขอให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักอนามัย กทม. บริหารจัดการวัคซีน Pfizer (ฝาสีส้ม) ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ภายใต้จำนวนวัคซีนที่กรมควบคุมโรคจัดสรรให้รายสัปดาห์ และวัคซีนที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยจัดเรียงลำดับความสำคัญให้กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

ลำดับที่ 1) กลุ่มเด็กอายุ 5-11 ปี ที่มี 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง

ลำดับที่ 2) ผู้ที่มีนัดเข็มที่ 2 ของทุกสูตร

ลำดับที่ 3) เข็มที่ 1 ของสูตร Pfizer-Pfizer เริ่มที่นักเรียนชั้น ป.6

และขอให้ยืนยันว่าฉีดนักเรียนชั้น ป.6 ครบแล้ว จึงฉีดในกลุ่มถัดลงไปตามลำดับ

ลำดับที่ 4) เข็มกระตุ้น (เข็มที่ 3) ของเด็กที่มีประวัติการฉีดวัคซีนเชื้อตายครบ 2 เข็ม โดยมีระยะห่างอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป หลังเข็มที่ 2

2.2 วัคซีนซิโนแวค

ขอให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานครบริหารจัดการการให้วัคซีนซิโนแวคในกลุ่มเป้าหมายจากปริมาณวัคซีนที่มีอยู่ในพื้นที่ หากมีความต้องการเพิ่มเติมสามารถแจ้งขอเบิกวัคซีนไปยังกรมควบคุมโรค

2.3 หลักการบริหารจัดการฉีดวัคซีนโควิดในกลุ่มเด็กอายุ 5-11 ปี

สูตรที่	ชนิดวัคซีน	ระยะห่างระหว่างเข็ม	รูปแบบการให้บริการฉีดวัคซีน	
			ระบบสถานศึกษา	ระบบสถานพยาบาล
1	Pfizer-Pfizer (ฝาสีส้ม)	8 สัปดาห์	√	เฉพาะเด็กป่วย 7 กลุ่มโรค และเด็กตกค้าง
2	Sinovac- Sinovac*	4 สัปดาห์	√	สามารถลงทะเบียนเข้ารับวัคซีนล่วงหน้ากับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กทม. โดยสามารถเลือกสูตรได้ตามความสมัครใจ
3	Sinovac-Pfizer (ฝาสีส้ม)	4 สัปดาห์	√	

- วัคซีน Pfizer-Pfizer สำหรับเด็กสุขภาพปกติ ให้บริการผ่านระบบสถานศึกษาเท่านั้น โดยเริ่มที่นักเรียนชั้น ป.6 และถัดลงไปตามลำดับ (แนะนำเป็นสูตรหลัก)

- วัคซีน Sinovac-Pfizer และ Sinovac-Sinovac ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานมัย กทม. จัดช่องทางลงทะเบียนล่วงหน้าเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชน
- ให้ทุกจังหวัดการบริหารจัดการวัคซีนอย่างเหมาะสมภายใต้จำนวนและชนิดของวัคซีนที่มีอยู่ในพื้นที่

* ผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac 2 เข็ม (หรือวัคซีนทางเลือก Sinopharm) ทั้งนี้ แนะนำควรเข้ารับการกระตุ้นด้วยวัคซีน Pfizer 1 เข็ม (ขนาดตามช่วงอายุของผู้รับวัคซีน) โดยมีระยะห่างอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไปหลังเข็มที่ 2

3. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

4. รายละเอียดการบริหารจัดการโดยทั่วไป

สามารถศึกษาได้จากแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์ฝาสีสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 28 มกราคม 2565

5. แบบสำรวจความประสงค์การได้รับวัคซีน (ภาคผนวกที่ 1-3)
6. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง (ภาคผนวกที่ 4)
7. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี (ภาคผนวกที่ 5)
8. ตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี (ภาคผนวกที่ 6)

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี จำแนกรายชนิดวัคซีน รายห้องเรียน

แบบสำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี จำแนกรายชนิดวัคซีน รายห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลความประสงค์ฉีดวัคซีนสำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับวัคซีน				หมายเหตุ
					Pfizer1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี)	Sinovac1+Sinovac2 แนะนำกระตุ้นด้วย Pfizer3 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	Sinovac1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	ไม่ประสงค์รับ วัคซีน	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
	จำนวนรวม								

หมายเหตุ: 1. ความประสงค์การขอรับวัคซีน พิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครองนักเรียน

2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา

แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับ	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน				หมายเหตุ
			Pfizer1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี)	Sinovac1+Sinovac2 แนะนำกระตุ้นด้วย Pfizer3 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	Sinovac1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	ไม่ประสงค์รับ วัคซีน	
1	อ.1 หรือ.....						
2	อ.2 หรือ.....						
3	อ.3 หรือ.....						
4	ป.1 หรือ.....						
5	ป.2 หรือ.....						
6	ป.3 หรือ.....						
7	ป.4 หรือ.....						
8	ป.5 หรือ.....						
9	ป.6 หรือ.....						
	จำนวนรวม						

ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปลำดับนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา รายจังหวัด

แบบสรุปลำดับนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา รายจังหวัด

จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนรายโรงเรียนและกำหนดชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน

ลำดับ	อำเภอ/เขต	ชื่อโรงเรียน	สังกัด	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน				หมายเหตุ
					Pfizer1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี)	Sinovac1+Sinovac2 แนะนำกระตุ้นด้วย Pfizer3 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	Sinovac1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	ไม่ประสงค์รับ วัคซีน	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
		จำนวนรวม							

หมายเหตุ: หมายเหตุ ขอให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดส่งสรุปลำดับเด็กอายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ไปยังกรมควบคุมโรคทาง Google form https://docs.google.com/spreadsheets/d/18uyadrc7nEP-ep7wbnrcTNHF2OicC1FUIEoX_arxiwE/edit?usp=sharing ภายในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อจากการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย ประมาณ 2 - 14 วัน อาการของโรคมั้ตั้งแต่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่ร้รส และอาจจะรุนแรงจนเกิดอาการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

อาการป่วยในเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 อาจไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ สามารถรักษาหรือหายเองได้ โดยอาจเกิดอาการอักเสบหลายระบบ หรือ มีสซี (Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)) หลังจากหายป่วยแต่พบได้น้อยมาก

ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เนื่องด้วยเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่รวมกัน ดังนั้น การฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 11 ปี จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอที่จะป้องกันโควิด 19

วัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี (ครอบคลุมถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน)

วัคซีนโควิด 19 ที่สามารถฉีดได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 - 11 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขให้บริการ คือ วัคซีนไฟเซอร์ (ไฟเซอร์-BioNTech) ผลิตจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5 - 11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งชี้ที่กำหนด (ฝาสี่เหลี่ยมสำหรับเด็ก) และวัคซีนซิโนแวค เป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

กลุ่มเป้าหมาย ชนิดวัคซีน ขนาดวัคซีน และระยะห่างระหว่างเข็ม ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	ชนิดวัคซีน*	ขนาดวัคซีน	ระยะห่างระหว่างเข็ม
อายุ 5-6 ปี	Pfizer 2 เข็ม	ฝาสี่เหลี่ยม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	8 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
อายุ 6-11 ปี	Pfizer 2 เข็ม	ฝาสี่เหลี่ยม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	8 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
	Sinovac 2 เข็ม**	0.5 ml/โดส	4 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
	สูตรไขว้ Sinovac-Pfizer***	เข็มที่ 1 Sinovac 0.5 ml/โดส เข็มที่ 2 Pfizer ฝาสี่เหลี่ยม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	4 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)

หมายเหตุ

* สูตรการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก ให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครอง ภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำจากกุมารแพทย์

** ผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac 2 เข็ม (หรือวัคซีนทางเลือก Sinopharm) ทั้งนี้ แนะนำควรเข้ารับการกระตุ้นด้วยวัคซีน Pfizer 1 เข็ม (Pfizer ฝาสี่เหลี่ยม 10 ไมโครกรัม/0.2 ml) โดยมีระยะห่างอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป หลังเข็มที่ 2

*** อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมที่คำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 สำหรับเด็ก และวัยรุ่น (ฉบับที่ 5) ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 10 กุมภาพันธ์ 2565 (<https://www.thaipediatrics.org/pages/People/Detail/48/401>)

อาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีน ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปได้เองใน 1 - 2 วัน โดยอาจพบอาการ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีด อย่างน้อย 30 นาที ในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

สิ่งที่ควรปฏิบัติหลังฉีดวัคซีน แนะนำให้งดออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเล่นอย่างหนักเป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และถ้าเด็กมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง เช่น อาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่เต็ม หอบเหนื่อย ให้รีบไปพบแพทย์ทันที หรือ โทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนโควิด 19

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ของนักเรียน (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า 1) ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ 2 เข็ม (วัคซีนสูตรสำหรับเด็ก) ห่างกัน 8 สัปดาห์ โดยสมัครใจ

วัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 วัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 2

2) ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนซิโนแวคไฟเซอร์ ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยสมัครใจ

วัคซีนซิโนแวค เข็มที่ 1 วัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 2

3) ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนซิโนแวค 2 เข็ม ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยสมัครใจ

วัคซีนซิโนแวค เข็มที่ 1 วัคซีนซิโนแวค เข็มที่ 2

4) ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็มกระตุ้น หลังจากได้รับการฉีดวัคซีนเข็มแรกครบ 2 เข็ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ขึ้นไป

5) ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19

สาเหตุ (ถ้ามี).....

และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

เอกสารฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	เด็กมีอายุ 5 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป <input type="checkbox"/> วัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) มีอายุ 5 ถึง ไม่เกิน 12 ปี <input type="checkbox"/> วัคซีนซิโนแวค อายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2	เด็กเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3	เด็กได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน (หากมีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4	เด็กมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5	เด็กมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6	เด็กกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7	เด็กได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8	เด็กมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

หมายเหตุ: 1) นักเรียนในสถานศึกษาที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19

สามารถรับวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีม่วงสูตรสำหรับผู้ใหญ่) ได้ที่สถานพยาบาล

2) นักเรียนหญิงที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ไม่สามารถเข้ารับวัคซีนได้

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี



ที่

โรงเรียน.....

กุมภาพันธ์ 2565

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองของเด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1 ชุด
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนโควิด 19 เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่..... รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร.