

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟาสิมวง
เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส
ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
อายุ 12 ปี ขึ้นไปที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์
ครบ 2 เข็ม

กรมควบคุมโรค
เมษายน 2565



**แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส
ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป
ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม**

กรมควบคุมโรค

เมษายน 2565

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงกำหนดให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวัคซีนโควิด 19 แก่ประชากรไทยทุกคน ซึ่งเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับวัคซีน เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ซึ่งเริ่มให้วัคซีนในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าเป็นครั้งแรก เมื่อเดือนตุลาคม 2564 ที่ผ่านมา

จากผลการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรคทั้งต่างประเทศและในประเทศพบว่าระดับภูมิคุ้มกันของเด็กที่ได้รับวัคซีนจะเริ่มลดลงจนไม่สามารถป้องกันโรคได้ ภายหลังจากได้รับวัคซีนเข็มที่สอง เป็นระยะเวลา 4-6 เดือน จากที่ประชุมคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565 และการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ครั้งที่ 6/2565 วันที่ 8 เมษายน 2565 มีมติให้เด็กอายุ 12-17 ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด โดสปกติ หรือ ครึ่งโดส มีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-6 เดือน ขึ้นไป โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก ประกอบกับที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 445 วันที่ 11 เมษายน 2565 มีมติให้เด็กอายุ 12-17 ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส มีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก โดยให้บริการผ่านระบบสถานศึกษา เพื่อเตรียมการสำหรับเปิดภาคการศึกษาที่ 1/2565 โดยบูรณาการความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ

กรมควบคุมโรคจึงได้จัดแนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

1. วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเป้าหมาย

2. กลุ่มเป้าหมาย

นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช./ปวส.) หรือเทียบเท่า โดยมีเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- 2.1 เป็นผู้ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป และ
- 2.2 เป็นผู้ที่ต้องการได้รับการกระตุ้นด้วยวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วง ขนาดครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส)

3. กำหนดการให้วัคซีน

กำหนดให้วัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส) ปริมาตร 0.15 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อ โดยมีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป

4. ระยะเวลาและพื้นที่ดำเนินการ

ขอให้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยเร็ว ตั้งแต่วันที่ 9 - 31 พฤษภาคม 2565 พร้อมกันทั่วประเทศ 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากพื้นที่ใดมีความพร้อม สามารถให้บริการในกลุ่มเป้าหมายได้ก่อนวันดังกล่าว

5. รูปแบบการดำเนินงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1 กำหนดให้กลุ่มเป้าหมายดังข้อ 3 ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส) ผ่านระบบสถานศึกษา (รูปแบบวัคซีนนักเรียน; School-based vaccination) โดยประสานการดำเนินงานผ่านกระทรวงศึกษาธิการ รายละเอียดการประสานงานเช่นเดียวกับแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

5.2 ในกรณีที่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายในข้อ 2 ได้แก่

- เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่อยู่นอกระบบการศึกษา
- ผู้เข้ารับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็มขึ้นไป ที่ไม่ใช่วัคซีนไฟเซอร์ทั้ง 2 เข็ม
- นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในระบบการศึกษา ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป และต้องการได้รับการกระตุ้นด้วยวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วง ขนาดเต็มโดส (30 ไมโครกรัม/โดส)

ให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วงเข็มกระตุ้น ผ่านระบบสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

5.3 ผู้ที่มีเงื่อนไขเฉพาะ มีความจำเป็น หรือ มีข้อจำกัดในการรับวัคซีนตามแนวทางการฉีดวัคซีนที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ ให้หน่วยบริการพิจารณาฉีดวัคซีนตามดุลพินิจของแพทย์ ภายใต้หลักวิชาการ คำแนะนำจากบริษัทผู้ผลิต และความสมัครใจของผู้รับวัคซีน

ทั้งนี้การเตรียมการก่อน-ระหว่าง-หลังให้บริการ ขอให้ยึดถือตามแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

6. การเบิกวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้น

ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนนักเรียนและวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้นที่ต้องการ โดยคำนึงถึงวันหมดอายุของวัคซีนและตู้เย็นที่จัดเก็บวัคซีน ไปยังกลุ่มโรคป้องกันด้วยวัคซีน กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายในวันที่ 26 เมษายน 2565 เวลา 16.30 น. ผ่าน google form <https://shorturl.asia/Cqbko> โดยมีนางสาวอรอุมา คำคาวี เป็นผู้ประสานงาน โทรศัพท์ 02 590 3196 โดยทางกองโรคติดต่อทั่วไป จะจัดส่งวัคซีนภายในวันที่ 6 พฤษภาคม 2565

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถบริหารจัดการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อนำมาให้บริการในกลุ่มเป้าหมายได้ตามบริบทอย่างเหมาะสม

แบบสำรวจการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา
 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป
 ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....
 สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับวัคซีนฯ		หมายเหตุ
					รับ	ไม่รับ	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
	รวม						

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

เอกสารฉบับวันที่ 12 เมษายน 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา
 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม
 ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

แบบสรุปลำดับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์
ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง

เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปลำดับนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนฯ ของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับ	
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 : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป

เอกสารฉบับวันที่ 12 เมษายน 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษา ที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส

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 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

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

วัคซีนไฟเซอร์ชนิดฝาสีม่วง เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และสามารถให้วัคซีนไฟเซอร์เป็นเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 โดยมีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4-6 เดือน ขึ้นไป ซึ่งสามารถให้วัคซีนในปริมาณ 15 ไมโครกรัม/โดส สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ใกล้เคียงการได้รับวัคซีนขนาด 30 ไมโครกรัม/โดส แต่อาจมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการได้รับวัคซีนขนาด 30 ไมโครกรัม/โดส เป็นเข็มกระตุ้น โดยมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่แน่ใจหรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจําประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรรอดอกกำลังกายหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบฉับพลัน โดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

หลอดเลือดตีบ หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงาน การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ ในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปี ได้ โดยพบอาการดังกล่าวหลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมักพบในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หรือ ใจสั่น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้น พบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่มั่นใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีด วัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ซึ่งเป็นอาการที่สงสัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือโทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส

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

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

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

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

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

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่ อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส โดยสมัครใจ
- ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาด 15 ไมโครกรัม/โดส
- และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส
สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
2	นักเรียนไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
3	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมี ปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
4	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 3 เดือน	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
5	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้น แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
6	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
7	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
8	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
9	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
10.	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง
เข็มกระตุ้นได้ พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564

ที่

โรงเรียน.....

กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส จำนวน 1 ชุด

2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส

สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร.

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม

ฉบับวันที่ 12 เมษายน 2564