



มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย
THE PRINCE ROYAL'S COLLEGE

ที่ พร 1150100024/0837/2565

10 มิถุนายน 2565

เรื่อง การฉีดวัคซีน Pfizer (ฟาसीลม) เข็ม 1 สำหรับนักเรียนระดับชั้นอนุบาล 3 (รอบเก็บตก)

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนที่แจ้งความประสงค์ฉีดวัคซีน Pfizer (ฟาसीลม) เข็ม 1

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0269/359 ลงวันที่ 19 มกราคม 2565

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ภาคผนวก 4 ส่วนที่ 1-2)
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (ภาคผนวก 5)

ตามที่ท่านได้แจ้งความประสงค์ (ยินยอม) ให้บุตรหลานในความดูแลของท่านเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึงนั้น

ในการนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ร่วมกับโรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย ขอแจ้งกำหนดการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฟาसीลม) เข็ม 1 ให้แก่นักเรียนระดับชั้นอนุบาล 3 (รอบเก็บตก) ในวันศุกร์ที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เวลา 08.00 – 11.00 น. ณ คลินิกวัคซีนโควิด 19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยมีรายละเอียดการเข้ารับการฉีดวัคซีน ดังนี้

1. การดำเนินการของผู้ปกครองนักเรียน

1. ทำการ Print เอกสารรายละเอียดตามภาคผนวก 4 (ส่วนที่ 2) และภาคผนวก 5 พร้อมกรอกรายละเอียดข้อมูลให้เรียบร้อย

2. ให้นำเอกสารข้างต้น และสูติบัตรหรือสำเนาสูติบัตรของนักเรียนแทน แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในวันที่เข้ารับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฟาसीลม)

3. ผู้ปกครองสามารถเข้าดูแลบุตรหลานของท่านขณะฉีดวัคซีนได้เพียง 1 คน และ หลังจากฉีดวัคซีนเรียบร้อยแล้วจะนั่งพักสังเกตอาการ 30 นาที ณ จุดฉีดวัคซีน

2. ข้อเสนอแนะ

1. หากนักเรียนมีอาการผิดปกติภายหลังได้รับวัคซีน เช่น อาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ให้รีบนำนักเรียนเข้ารับการตรวจที่สถานพยาบาลใกล้บ้านทันที

2. กรณีที่นักเรียนป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะเวลาที่แนะนำให้ฉีดวัคซีนหลังเป็นโควิด-19 คือ 12 สัปดาห์นับจากวันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยของโรคโควิด-19 หรือ กรณีไม่แสดงอาการ นับจากวันที่มีผลตรวจพบเชื้อโควิด -19 ด้วย วิธี RT-PCR หรือ ATK

3. กรณีที่นักเรียนเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจากมีผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 ขอให้แจ้งครูประจำชั้นทราบเพื่อขอเลื่อนการฉีดวัคซีนไปก่อนจนกว่าจะพ้นระยะกักตัว 5 วัน และทางโรงเรียนจะแจ้งกำหนดการนัดหมายฉีดวัคซีนให้ทราบเป็นรายบุคคลอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอองค์พระผู้เป็นเจ้าได้ทรงโปรดอวยพระพรท่านและครอบครัวตลอดไป

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เกรียง รุติจำเริญพร)

ผู้จัดการ - ผู้อำนวยการ

คณะกรรมการเฉพาะกิจด้านการสื่อสารองค์กร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย

117 ถนนแก้ววรัรุ ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000

117 Kaew Nawarat Rd., Muang, Chiang Mai 50000 Thailand

Tel : (053) 242550, 242038, 242016 Fax : (053) 306415, 306509

E-mail : admin@mail.prc.ac.th Home Page : http://www.prc.ac.th

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง เพื่อให้นักเรียนก่อนประถมศึกษา
และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน
ได้รับวัคซีนวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง
ให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อจากการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วยประมาณ 2-14 วัน อาการของโรคมีตั้งแต่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จุกไม่ไถ่กลืน ลิ้นไม่รับรส และอาจจะรุนแรงจนเกิดอาการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

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

ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เนื่องด้วยเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่ร่วมกัน 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 (Pfizer-BioNTech) ผลิตจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5 - 11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งใช้ที่กำหนด (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

ขนาดที่ใช้ในเด็ก ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ฉีดวัคซีนขนาด 10 ไมโครกรัม ปริมาณ 0.2 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 12 สัปดาห์ โดยระยะห่าง 8-12 สัปดาห์จะดีกว่า 3-4 สัปดาห์ เพราะได้ระดับภูมิคุ้มกันที่สูงกว่า

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

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

ภาคผนวกที่ 4

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฟาสีสัมสูตรสำหรับเด็ก)

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 ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการ

ไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฟาสีสัมสูตรสำหรับเด็ก) โดยสมัครใจ

☐ ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฟาสีสัมสูตรสำหรับเด็ก)

สาเหตุ (ถ้ามี)

และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่ / /

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

เอกสารฉบับวันที่ 21 มกราคม 2565



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับนักเรียน
ก่อนประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรณารอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ☐ ในช่องว่างตามความจริง
เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุ 5 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หมายเหตุ: นักเรียนในสถานศึกษาที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19
สามารถรับวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีม่วงสูตรสำหรับผู้ใหญ่) ได้ที่สถานพยาบาล

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน