

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**แบบคัดกรองผู้มารับบริการฉีดวัคซีน****ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ- สกุล..... อายุ.....ปี เบอร์โทร.....

เลขที่บัตรประชาชน..... HN.....

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน .....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ**

โรคประจำตัว..... ยาที่รับประทานประจำ.....

การตั้งครรภ์  ตั้งครรภ์  ปฏิเสธการตั้งครรภ์**ส่วนที่ 3 ประวัติที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน**

## 3.1 การได้รับวัคซีน Hepatitis B

- ไม่เคยได้รับวัคซีน  ไม่แน่ใจในประวัติการรับวัคซีน
- เคยได้รับครบ 3 เข็ม เมื่อปี.....  เคยได้รับแต่ไม่ครบ 3 เข็ม

## 3.2 การได้รับวัคซีน Varicella vaccine

- ไม่เคยได้รับวัคซีน  ไม่แน่ใจในประวัติการรับวัคซีน
- เคยได้รับครบ 2 เข็ม เมื่อปี.....  เคยได้รับแต่ไม่ครบ 2 เข็ม

## 3.3 ข้อห้ามและควรระวัง

- ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายอวัยวะ หรือหลังปลูกถ่ายไขกระดูก
- ผู้ที่มีโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติ เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
- ผู้ที่รับประทานยากดภูมิต้านทาน ยาสเตียรอยด์ขนาดมากกว่า 2 มก./กก./วัน หรือ 20 มก./วัน นาน

มากกว่า 2 สัปดาห์ ถ้าจะให้วัคซีนต้องหยุดอย่างน้อย 1 เดือน

- ผู้ที่ได้รับพลาสมา อิมมูโนโกลบูลิน หรือผลิตภัณฑ์จากเลือดมาในระยะ 2 สัปดาห์
- ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดม้าม หรือภาวะไม่มีม้ามโดยกำเนิด

## 3.4 ข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

- เคยมีอาการแพ้วัคซีนแบบ Anaphylaxis
- ผู้ที่แพ้ Gelatin และ neomycin แบบ Anaphylaxis
- หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรฉีดวัคซีน Varicella และหญิงวัยเจริญพันธุ์ควรหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์อย่างน้อย

1 เดือนหลังได้รับวัคซีน

3.5 ไม่ได้เป็นข้อห้ามแบบเด็ดขาด (Absolute contraindication) การให้วัคซีนได้หรือไม่เป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้สั่งฉีด

มีไข้ ระบุ BT.....C°

แพ้ไข่ไก่

แพ้ยาพอร์มาลดีไฮด์

ขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ขอรับวัคซีน

#### ส่วนที่ 4 การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน

4.1 วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Vaccine) เป็นชนิดเชื้อตาย ซึ่งต้องฉีดทั้งหมด 3 ครั้งที่ 0, 1 และ 6 เดือน โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ตำแหน่งที่ควรฉีดจะเป็นต้นแขน

- กรณีต้องการทราบว่า เป็นผู้ไม่ตอบสนองต่อวัคซีน (non-responder) หรือไม่ ต้องตรวจประมาณ 1-2 เดือนหลังฉีดเข็มที่ 3 ซึ่งอัตราผู้ไม่ตอบสนองต่อวัคซีน (non-responder) จะสูงขึ้นตามอายุ คือ จะพบในคนสูงอายุมากกว่าผู้ใหญ่ พบในผู้ใหญ่มากกว่าในเด็ก แต่โดยทั่วไปจะพบ non-responder ประมาณร้อยละ 1-3 ของผู้ที่ได้รับวัคซีนเท่านั้น

- กรณีเป็นผู้ไม่ตอบสนองต่อวัคซีน (non-responder) สามารถฉีดวัคซีนกระตุ้นเพิ่มได้ 1 โดส แล้วตรวจระดับภูมิคุ้มกันใหม่ หากตรวจแล้วเป็นผู้ไม่ตอบสนองต่อวัคซีน (non-responder) ไม่มีประโยชน์ที่จะฉีดเพิ่มอีก แนะนำว่าควรป้องกันตนเอง และถ้าสัมผัสโรคควรต้องได้รับ HBIG หรือตามแนวทางการรักษาของแพทย์

- ปฏิกริยาจากวัคซีนที่เกิดขึ้นเฉพะาที่ที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดบริเวณที่ฉีด จะหายเป็นปกติได้เอง และอาจพบการบวมแดงได้ ประมาณร้อยละ 4 ของผู้ที่ได้รับวัคซีน ส่วนปฏิกริยาทั่วไปและหายได้ภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อตัว อ่อนเพลีย มีไข้ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร

(ยง ภูววรรณ. วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย)

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี และยินดีปฏิบัติตามขั้นตอนที่ทางโรงพยาบาลกำหนดตามวันเวลา

ยินดีฉีดวัคซีน  ไม่ยินดีให้ฉีด ระบุเหตุผล.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับวัคซีน

**4.2 วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส (Varicella Vaccine)** วัคซีนที่ใช้ปัจจุบันทำมาจากเชื้ออีสุกอีใสที่มีชีวิตแล้วมาทำให้อ่อนฤทธิ์ลง ในประเทศไทยมีจำหน่าย 3 ชนิด คือ Varilrix ในวัคซีน 1 เข็มมีเชื้อไม่ต่ำกว่า 2,000 PFU, OKAVAX ในวัคซีน 1 เข็มมีเชื้อไม่ต่ำกว่า 1,000 PFU และ Varicella Vaccine-GCC ในวัคซีน 1 เข็มมีเชื้อไม่ต่ำกว่า 1,400 PFU ซึ่งต้องฉีดทั้งหมด 2 ครั้งที่ 0 และ 1 เดือน โดยฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) ตำแหน่งที่ควรฉีดจะเป็นต้นแขน

- ประสิทธิภาพสำหรับเด็กโตตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป หลังได้รับวัคซีน 1 โดสมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นร้อยละ 72-94 และเพิ่มเป็นร้อยละ 94-99 หลังได้รับวัคซีนโดสที่สอง ระยะเวลาคงอยู่ของภูมิคุ้มกันอย่างน้อย 11-20 ปี โดยภูมิคุ้มกันอาจจะค่อยๆหายไป

- ประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดโรคอีสุกอีใสโดยรวมร้อยละ 70-90 และป้องกันการเกิดโรครุนแรงได้ร้อยละ 95 คือเมื่อเกิดโรคอีสุกอีใสมักจะมีอาการไม่รุนแรง มีผื่นน้อยกว่า 50 ตำแหน่ง และอาการทั้งหมดจะทุเลาลงเร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนมาก่อน

- ปฏิกริยาจากวัคซีนที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยประมาณร้อยละ 5-35 โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มีภูมิคุ้มกันจะมีบวมแดงร้อนได้เล็กน้อยในตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน ประมาณร้อยละ 3-5 จะมีผื่นขึ้นเฉพาะที่ และอีกร้อยละ 3-5 จะมีผื่นแบบอีสุกอีใสขึ้นทั่วตัวโดยผื่นเหล่านี้จะมีเพียง 2-5 ตำแหน่งและอาจเป็นลักษณะของ maculopapular มากกว่าตุ่มน้ำใส ผื่นมักเกิดขึ้นภายในเวลา 5-26 วันหลังจากฉีดวัคซีน แต่หากผื่นที่เกิดขึ้นเร็วภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังจากฉีดวัคซีนมักเป็นจากการติดเชื้อธรรมชาติ (wild type-VZV) มากกว่าที่จะเป็นจากวัคซีน ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่ได้วัคซีนร้อยละ 10 มักพบไข้มากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ส่วนปฏิกริยาที่รุนแรงและเสียชีวิตพบได้น้อยมาก ผื่นที่เกิดจากการฉีดวัคซีนนี้สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นและทำให้เกิดโรคได้น้อยมาก แต่ในคนที่มีความภูมิคุ้มกันบกพร่องที่มีผื่นขึ้นจากการได้รับวัคซีน อาจแพร่เชื้อไวรัสสายพันธุ์วัคซีนไปให้ผู้อื่นได้มากกว่า

- ในรายที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่เป็นโรค ถ้าได้รับการฉีดวัคซีนภายใน 3 วันแรก หลังสัมผัสโรค พบว่าวัคซีนจะมีประสิทธิภาพป้องกันโรคได้ประมาณร้อยละ 90

- ถ้าไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นอีสุกอีใสมาก่อนหรือไม่แน่ใจและยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรค ควรได้รับการตรวจคัดกรองว่ามีภูมิคุ้มกันแล้วหรือไม่ ถ้าไม่มีภูมิคุ้มกันควรได้รับวัคซีนป้องกันโรค ไม่แนะนำให้ตรวจหาภูมิคุ้มกันหลังให้วัคซีนครบ 2 โดส เนื่องจากชุดตรวจหาภูมิคุ้มกันที่มีจำหน่ายทั่วไปมักมีความไวไม่เพียงพอและร้อยละ 99 ของผู้ใหญ่ที่ได้รับวัคซีนจะมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น

(อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์. วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส.สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย.)

**ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคสุกใส และยินดีปฏิบัติตามขั้นตอนที่ทางโรงพยาบาล**

**กำหนดตามวันเวลา**

ยินดีฉีดวัคซีน       ไม่ยินดีให้ฉีด      ระบุเหตุผล.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้รับวัคซีน

## ส่วนที่ 5 ความยินยอมจากผู้ปกครอง (กรณีนี้สูติอายุต่ำกว่า 20 ปี)

- ยินดีให้ฉีดวัคซีน       ไม่ยินดีให้ฉีด ระบุเหตุผล.....  
 ลงชื่อ.....  
 (.....) ผู้ปกครองนิสิต

## ส่วนที่ 6 การวัดสัญญาณชีพก่อนตรวจ

อุณหภูมิร่างกาย..... c° ความดันโลหิต...../.....mmHg ชีพจร .....ครั้ง/นาที  
 น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

## ส่วนที่ 7 แนวทางการรักษา

### 7.1 การสั่งยาฉีดวัคซีนโดยแพทย์

- Hepatitis B Vaccine      เข็มที่ 1  
 Hepatitis B Vaccine      เข็มที่ 2  
 Hepatitis B Vaccine      เข็มที่ 3

- Varicella Vaccine      เข็มที่ 1  
 Varicella Vaccine      เข็มที่ 2

\*\*หมายเหตุ ไม่สามารถให้ฉีดวัคซีน เนื่องจาก.....  
 ลงชื่อ.....  
 (.....) แพทย์ผู้ตรวจ

### 7.2 พยาบาลผู้ฉีดวัคซีน

#### Hepatitis B Vaccine

- วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี เข็มที่ 1 ฉีด (0 เดือน) Lot.....ลงชื่อ.....RN  
 วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี เข็มที่ 2 ฉีด (1 เดือน) Lot.....ลงชื่อ.....RN  
 วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี เข็มที่ 3 ฉีด (6 เดือน) Lot.....ลงชื่อ.....RN

#### Varicella Vaccine

- วัคซีนป้องกันโรคสุกใส เข็มที่ 1 ฉีด (0 เดือน) Lot.....ลงชื่อ.....RN  
 วัคซีนป้องกันโรคสุกใส เข็มที่ 2 ฉีด (1 เดือน) Lot.....ลงชื่อ.....RN