



Australian Government

COVID-19 VACCINATION

แบบฟอร์มยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีน COVID-19

ก่อนกรอกแบบฟอร์มนี้

โปรดแน่ใจว่าคุณได้อ่านเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนที่จะได้รับไม่ว่าจะเป็นวัคซีนป้องกัน COVID-19 ของ Vaxzevria (AstraZenec) หรือ Comirnaty (Pfizer) หรือ Spikevax (Moderna)

ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด: 8 ตุลาคม 2021

เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน COVID-19

ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 มีโอกาสป่วยจาก COVID-19 น้อยลงมาก

มีวัคซีนสำหรับใช้ในออสเตรเลียสามยี่ห้อ ทั้งหมดมีประสิทธิภาพและปลอดภัย วัคซีน Pfizer และ Moderna เป็นที่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มากกว่าวัคซีน AstraZeneca

คุณต้องได้รับวัคซีนยี่ห้อเดียวกันทั้งสองเข็ม เมื่อคุณได้รับการฉีดเข็มที่หนึ่งแล้ว ผู้ที่ฉีดวัคซีนให้คุณจะบอกว่าคุณจะต้องได้รับการฉีดวัคซีนเข็มที่สองเมื่อไหร่

คนที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรงอาจจำเป็นต้องฉีดเข็มที่สามเป็นส่วนหนึ่งของการฉีดวัคซีนชุดหลักของพวกเขา กรุณาดู www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ได้ศึกษาวัคซีน COVID-19 เพื่อให้แน่ใจว่าวัคซีนปลอดภัย ผลข้างเคียงส่วนใหญ่ไม่รุนแรง

อาจเริ่มเป็นในวันที่ฉีดวัคซีนและเป็นต่อไปอีกประมาณหนึ่งหรือสองวันหลังจากนั้น เช่นเดียวกับวัคซีนหรือยาอื่น ๆ วัคซีนอาจมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ไม่บ่อยและ/หรือโดยไม่ทราบสาเหตุ

มีรายงานผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ยากมากหลังการฉีด AstraZeneca

เรียกว่าภาวะลิ่มเลือดอุดตันด้วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำหรือ TTS นี่หมายความว่าเลือดแข็งตัว (ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน) ด้วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (เกล็ดเลือดต่ำ) TTS ไม่เกิดขึ้นหลังจากการฉีดวัคซีน Pfizer หรือ Moderna

ได้มีรายงานว่าเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (การอักเสบของหัวใจ) ตามมาจากการฉีดวัคซีน Pfizer หรือ Moderna

ผู้ช่วยส่วนมากมีอาการไม่รุนแรงและหายจากอาการนั้นอย่างรวดเร็ว

กรุณาบอกผู้ให้การดูแลสุขภาพของคุณ หากคุณมีอาการข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนที่ทำให้คุณกังวล

คุณอาจได้รับการติดต่อภายในหนึ่งสัปดาห์ทางเอสเอ็มเอสหรืออีเมลหลังจากได้รับวัคซีน เพื่อดูว่าคุณกำลังรู้สึกอย่างไรหลังฉีดวัคซีน

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	

บางคนอาจยังคงติด COVID-19 หลังการฉีดวัคซีนได้
คุณยังคงต้องปฏิบัติตามข้อควรระวังด้านสาธารณสุขตามที่กำหนดในรัฐหรือดินแดนของคุณเพื่อหยุดการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งรวมถึง:

- รักษาระยะห่าง - อยู่ห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1.5 เมตร
- ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลล้างมือ
- ใส่หน้ากาก
- อยู่บ้านถ้าคุณไม่สบายและมีอาการหวัดหรือคล้ายไข้หวัดใหญ่และจัดการเข้ารับการตรวจ

ตามกฎหมาย ผู้ให้บริการฉีดวัคซีนของคุณต้องบันทึกการฉีดวัคซีนบนทะเบียนการฉีดวัคซีนออสเตรเลีย
คุณสามารถดูบันทึกการฉีดวัคซีนของคุณทางออนไลน์ผ่านบัญชีเหล่านี้ของคุณ:

- บัญชี Medicare
- บัญชี MyGov
- บัญชี MyHealthRecord

จะมีการใช้ข้อมูลที่คุณให้อย่างไร

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรวบรวม จัดเก็บและใช้งานรายละเอียดส่วนบุคคลของคุณ ไปที่ <https://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations>

หากคุณได้รับการฉีดวัคซีนในร้านขายยา
ทางร้านขายยาจะต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลบางส่วนของคุณต่อผู้ดูแลระบบโปรแกรมร้านขายยา
เพื่อให้ร้านขายยาสามารถเรียกเคลมเงินจากรัฐบาลออสเตรเลียได้
ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุที่จำเป็นและข้อมูลที่เปิดเผยมีอยู่ในลิงค์ด้านบน

ในวันที่คุณได้รับวัคซีน

ก่อนที่คุณจะได้รับการฉีดวัคซีน บอกคนที่ฉีดวัคซีนให้คุณ หากคุณ:

- ได้มีอาการแพ้ใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะภูมิแพ้ฉับพลัน (อาการแพ้อย่างรุนแรง) กับ:
 - วัคซีน COVID-19 ในการฉีดครั้งก่อนหน้านี้
 - ส่วนผสมของวัคซีน COVID-19
 - หรือวัคซีนหรือยาอื่น ๆ
- มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งหมายความว่า你有ระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง
ซึ่งอาจทำให้คุณต่อสู้อะไรต่าง ๆ ได้ยากขึ้น คุณยังสามารถฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ได้
แต่ปรึกษาแพทย์ของคุณว่า เมื่อไรจะเป็นเวลาที่ดีที่สุดที่คุณจะได้รับวัคซีน
ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและ/หรือการรักษาของคุณ

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	

รายการตรวจเช็ค

ใช่ ไม่ใช่

- คุณเคยมีอาการแพ้ต่อวัคซีน COVID-19 ก่อนหน้านี้หรือไม่?
- คุณเคยมีภาวะภูมิแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนหรือยาตัวอื่นหรือไม่?
- คุณเคยมีเหตุการณ์ของผลอันไม่พึงประสงค์รุนแรงที่ตามมาจากการทบทวนของผู้ให้การฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ว่าเป็นผลของการฉีดวัคซีน COVID-19 เข็มก่อนนี้ (และไม่ระบุว่าสาเหตุอื่น) หรือไม่?
- คุณเคยเป็นโรคมาสโตไซโตซิส (ความผิดปกติของมาสท์เซลล์) ซึ่งก่อให้เกิดภาวะภูมิแพ้ฉับพลันซ้ำหรือไม่?
- คุณเคยเป็น COVID-19 มาก่อนหรือไม่?
- คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติหรือไม่?
- คุณกินยาเพื่อทำให้เลือดจางลงหรือไม่ (การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด)?
- คุณมีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือไม่?
- คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่?*
- คุณเคยป่วยมีอาการไอ เจ็บคอ เป็นไข้ หรือกำลังไม่สบายในลักษณะอื่นหรือไม่?
- คุณเคยได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 มาก่อนหรือไม่?
- คุณได้รับการฉีดวัคซีนอื่น ๆ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

เกี่ยวข้องกับผู้ฉีดวัคซีน AstraZeneca เท่านั้น:

- คุณเคยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นกลุ่มอาการภาวะเส้นเลือดฝอยรั่วหรือไม่?
- คุณเคยเป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (เลือดแข็งตัว) ด้วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (เกล็ดเลือดต่ำ) ที่ภายใน 42 วัน หลังได้รับการฉีดวัคซีน AstraZeneca เข็มก่อนหรือไม่?
- คุณเคยเป็นภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันหรือไม่?*
- คุณเคยเป็นภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่เกิดจากการใช้ยาเฮปารินหรือไม่?*
- คุณเคยมีลิ่มเลือดในเส้นเลือดในช่องท้อง (เส้นเลือดฝอย)หรือไม่?*
- คุณเคยเป็นกลุ่มอาการต้านฟอสโฟลิปิดที่เกี่ยวข้องกับลิ่มเลือดหรือไม่?*
- คุณอายุต่ำกว่า 60 ปีหรือไม่?*

* Pfizer หรือ Moderna เป็นที่ต้องการมากกว่าสำหรับคนในกลุ่มนี้ แต่หากไม่มี สามารถพิจารณาให้วัคซีน AstraZeneca ได้หากประโยชน์ของการฉีดวัคซีนมีมากกว่าความเสี่ยง

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม ดู <http://www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts>.

หากคุณตั้งครรภ์ ดู www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	

เกี่ยวข้องกับผู้ที่กำลังรับวัคซีน Pfizer หรือ Moderna เท่านั้น:

- คุณเคยถูกริวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และ/หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ที่เกิดจากการฉีด Pfizer หรือ Moderna เข็มก่อนหรือไม่?
- คุณเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายในหกเดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ?
- ปัจจุบันคุณเป็นโรคไขรูมาติกเฉียบพลันหรือโรคหัวใจรูมาติกหรือไม่?
- คุณเป็นโรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรือไม่?

หากคุณตอบคำถามข้างบนนี้ข้อหนึ่งข้อใดว่า ใช่ คุณอาจจะยังคงรับวัคซีน Pfizer หรือ Moderna ได้ อย่างไรก็ตาม คุณควรพูดกับแพทย์จีพีของคุณ ผู้เชี่ยวชาญการสร้างภูมิคุ้มกันหรือแพทย์โรคหัวใจก่อน เพื่อปรึกษาว่าเวลาไหนดีที่สุดสำหรับการฉีดวัคซีน และจำเป็นต้องมีข้อควรระวังเพิ่มเติมหรือไม่

ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด: 8 ตุลาคม 2021

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	
Individual Health Identifier (IHI) หากมี:	
วันเดือนปีเกิด:	
ที่อยู่:	
เบอร์โทรติดต่อ:	
ที่อยู่อีเมล:	
เพศ:	
ภาษาที่ใช้ที่บ้าน:	
ประเทศที่เกิด:	

คุณเป็นชาวอะบอริจินและ/หรือชาวเกาะช่องแคบทอร์เรสหรือไม่?

- ใช่ ชาวอะบอริจินเท่านั้น
 ใช่ ชาวเกาะช่องแคบทอร์เรสเท่านั้น
 ใช่ ชาวอะบอริจินและชาวเกาะช่องแคบทอร์เรส
 ไม่
 ไม่ต้องการตอบ

ญาติใกล้ชิดที่สุด (ในกรณีฉุกเฉิน):	
ชื่อ:	
เบอร์โทรติดต่อ:	

ความยินยอมรับวัคซีน COVID-19

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับและเข้าใจข้อมูลที่ให้กับข้าพเจ้าเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน COVID-19 แล้ว
- ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าไม่มีอาการใด ๆ ข้างต้น หรือข้าพเจ้าได้หาหรือเรื่องนี้และสถานการณ์พิเศษอื่น ๆ กับผู้ให้การดูแลสุขภาพประจำของข้าพเจ้าและ/หรือผู้ให้บริการฉีดวัคซีนแล้ว
- ข้าพเจ้าตกลงที่จะรับวัคซีน COVID-19 หนึ่งชุด (วัคซีนเดียวกันสองเข็ม)

ชื่อผู้ป่วย:	
ลายมือชื่อของผู้ป่วย:	
วันที่:	

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	

- ข้าพเจ้าเป็นบิดาหรือมารดา ผู้ปกครองหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนของผู้ป่วย และยินยอมให้ผู้ป่วยที่มีข้อข้างต้นฉีดวัคซีน COVID-19 ได้

ชื่อบิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน:	
ลายมือชื่อของบิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน:	
วันที่:	

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	

สำหรับผู้ให้บริการใช้:

เข็มที่ 1:

วันที่ฉีดวัคซีน:	
เวลาที่ได้รับ:	
ยี่ห้อวัคซีน COVID-19 ที่ให้:	
หมายเลขรุ่นการผลิต:	
หมายเลขซีเรียล:	
จุดที่ฉีดวัคซีน:	
ชื่อผู้ให้บริการฉีดวัคซีน:	

เข็มที่ 2

วันที่ฉีดวัคซีน:	
เวลาที่ได้รับ:	
ยี่ห้อวัคซีน COVID-19 ที่ให้:	
หมายเลขรุ่นการผลิต:	
หมายเลขซีเรียล:	
จุดที่ฉีดวัคซีน:	
ชื่อผู้ให้บริการฉีดวัคซีน:	

โดสที่ 3*

วันที่ฉีดวัคซีน:	
เวลาที่ได้รับ:	
ยี่ห้อวัคซีน COVID-19 ที่ให้:	
หมายเลขรุ่นการผลิต:	
หมายเลขซีเรียล:	
จุดที่ฉีดวัคซีน:	
ชื่อผู้ให้บริการฉีดวัคซีน:	

ชื่อ:	
หมายเลข Medicare:	

