

ใบยินยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเภทวัคซีนตัวเลือก ซิโนฟาร์ม (COVILO Sinopharm)  
COVID-19 Vaccine Consent Form, Alternative Vaccine Type (COVILO Sinopharm)

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นางสาว/อื่น ๆ)..... อายุ.....ปี เลขที่ประจำตัวประชาชนที่..... รับทราบและยอมรับว่าข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความจำเป็นและประโยชน์ในการฉีดวัคซีน ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและยอมรับเงื่อนไข ดังนี้

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่า วัคซีนโควิด-19 มีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและโอกาสเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามวัคซีนอาจป้องกันการติดเชื้อแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ หลังจากฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค แต่ข้าพเจ้าทราบว่าอาจยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้

2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า วัคซีนโควิด-19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับการเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่อาจพบ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้ออ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียนต่อมไต้ดวงแขนข้างที่ฉีดวัคซีนโควิด-19 บวมเป็นต้น ตลอดจนอาจมีผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าว ไม่ได้เกิดจากการกระทำโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่อของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า การฉีดวัคซีนนี้ เป็นการฉีดในภาวะฉุกเฉิน เพื่อลดการแพร่ระบาดในสังคมและในประเทศไทย ผู้ได้รับการฉีดวัคซีนได้ศึกษาเข้าใจถึงผลในเรื่องเกี่ยวเนื่องจากการใช้วัคซีนนี้ในภาวะฉุกเฉินนี้เป็นอย่างดีแล้ว

4. ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ผู้ให้บริการฉีดวัคซีนหรือราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ นำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ โดยไม่เปิดเผยชื่อเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการ และประโยชน์สาธารณะ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการจะไม่นำข้อมูลดังกล่าวไปเปิดเผยต่อสาธารณชน

5. ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนตัวเลือก ซิโนฟาร์ม (COVILO Sinopharm) นอกเหนือจากการให้บริการฉีดวัคซีนหลัก ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขจากรัฐเพื่อป้องกันและขจัดโรคติดต่อร้ายแรงโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยขอยืนยันตนในการสละสิทธิ์การขอรับจัดสรรวัคซีนหลักที่จัดหาโดยรัฐซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบริการแก่ประชาชนโดยมิได้คิดค่าใช้จ่าย และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามิใช่บุคคลผู้ยากไร้หรือผู้ด้อยโอกาส ตามความในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมาตรา ๔๗ แต่อย่างใด

6. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเป็นบุคคลผู้ซึ่งยังมีเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน

7. ข้าพเจ้า ยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขตามเอกสารกำกับยาและข้อบ่งใช้ ตลอดจนปฏิบัติตามความเห็นของแพทย์อย่างเคร่งครัด

ข้าพเจ้าขอยืนยันความประสงค์ และทราบข้อมูลตลอดจนยินยอมรับสิทธิในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประเภทวัคซีนตัวเลือก ซิโนฟาร์ม (COVILO Sinopharm) โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ที่กำหนด ตลอดจนจะมาติดตามผลการฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามกำหนดนัดโดยเคร่งครัด จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

( )