

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer)
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป
ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา
หรือเทียบเท่า

อธิบดีกรมควบคุมโรค

วันที่ 13 กันยายน 2564

การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับสำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไปที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

- **กลุ่มเป้าหมาย**

นักเรียน/นักศึกษา ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช/ปวส.) หรือเทียบเท่า

- **พื้นที่ดำเนินการ**

ดำเนินการพร้อมกัน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

- **รูปแบบการดำเนินงาน**

กำหนดให้บริการวัคซีน Pfizer ผ่านสถาบันการศึกษา (รูปแบบวัคซีนนักเรียน) เช่น

- โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน
- สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.)
- โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- โรงเรียนพระปริยัติธรรม กองพุทธศาสนศึกษา สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ
- สถาบันการศึกษาเอกชน
- สถาบันการศึกษาอื่นๆที่มีผู้มีอายุ 12 ปีขึ้นไป กำลังศึกษาอยู่ เช่น โรงเรียนทหาร กระทรวงกลาโหม โรงเรียนคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับสำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไปที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

- บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือ คณะอนุกรรมการการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร
- ประสานงานกระทรวงศึกษาธิการ ศึกษาธิการจังหวัด หรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อเตรียมการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน
- สำรวจเป้าหมาย จัดทำแผนจัดสรร และกำหนดช่วงเวลาเข้ารับวัคซีน
- กำหนดสถานบริการฉีดวัคซีนให้กับแต่ละโรงเรียน
- ประสานผู้บริหารโรงเรียนเพื่อนำนักเรียนเข้ารับวัคซีน
- กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC

กระทรวงศึกษาธิการ

- กำกับติดตามการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน ตามนโยบายของประเทศ
- รวบรวมข้อมูลนักเรียนจากแต่ละสถานศึกษาและแจ้งแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

สถานศึกษา

- ชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีน และจัดส่งคำแนะนำการให้วัคซีนและใบยินยอมให้นักเรียนฉีดวัคซีน
- แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบที่สำนักงานสาธารณสุข/กรุงเทพมหานคร กำหนดไว้

กรมควบคุมโรค

- จัดส่งวัคซีน Pfizer และอุปกรณ์การฉีด ตามแผนการฉีดที่ได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร
- ติดตามผลการฉีดวัคซีน

สถานพยาบาล

- จัดระบบการให้บริการตามมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจสอบใบยินยอม คัดกรอง ฉีดวัคซีน นัดหมาย ออกเอกสารรับรอง เฝ้าระวัง AEFI และบันทึกผลการให้บริการในระบบ MoPH IC ให้ครบถ้วนทุกราย
- รับ-จ่ายวัคซีน จัดเก็บวัคซีน และรายงานสถานะคงคลัง

การจัดสรรวัคซีนจำนวน 24 ล้านโดส จำแนกตามรายสัปดาห์ วันที่ 27 กันยายน -31 ตุลาคม 2564
ตามมติการประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19)
วันที่ 10 กันยายน 2564 ณ ทำเนียบรัฐบาล

สัปดาห์	สูตร S – A (ล้านโดส)		สูตร A – A (ล้านโดส)	สูตร A-Pf (ล้านโดส)	สูตร Pf – Pf (ล้านโดส)		Booster (ล้านโดส) สำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac ครบ 2 เข็ม มี.ค. – พ.ค. 2564
	เข็มที่ 1 Sinovac	เข็มที่ 2 AstraZeneca	เข็มที่ 2 AstraZeneca	เข็มที่ 2 Pfizer	เข็มที่ 1 Pfizer	เข็มที่ 2 Pfizer	เข็มที่ 3 AstraZeneca
27 ก.ย. – 3 ต.ค.	1.5	2	1				0.5
4 – 10 ต.ค.	1.5	1	1		1		
11 – 17 ต.ค.	1.5	1.5		0.7	1		
18 – 24 ต.ค.	1.5	1.5		0.8	2		
25 – 31 ต.ค.	1	1.5		0.5		1	
รวม	7	7.5	2	2	4	1	0.5



แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขประจำตัว 13 หลัก..... สัญชาติ.....
ชื่อสถานศึกษา..... ชั้น/ปี..... ห้อง.....
ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เรื่องวัคซีนโควิด 19

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ให้ฉีดได้ในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป ณ ปัจจุบัน (9 กันยายน 2564) ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) ซึ่งมีชื่อการค้า คือ Comirnaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ฉีดจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วางแผนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น จากการใช้วัคซีนนี้ในต่างประเทศ พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแต่พบน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศชายวัยรุ่น ภายใน 14 วันหลังฉีดวัคซีน โดยอาการบ่งชี้ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจสั้น หรือ ไอสั้น หากมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง โปรดไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที (กรมจะจัดทำข้อความในรูปแบบ infographic ร่วมด้วย)

ส่วนที่ 2 : ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 19

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....
ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจ
☐ ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

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

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุน้อยกว่า 12 ปี	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8	นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

▲ ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า รายชั้นเรียน

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน หรือหมายเลขหนังสือ เดินทาง กรณีเป็นชาว ต่างประเทศ	วัน/เดือน/ปี เกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์ รับวัคซีน	หมายเหตุ
1					รับ ไม่รับ	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
รวม						

หมายเหตุ : 1. หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

2. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากใบยินยอมการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer รายโรงเรียน

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
1	มัธยมศึกษาปีที่ 1			
2	มัธยมศึกษาปีที่ 2			
3	มัธยมศึกษาปีที่ 3			
4	มัธยมศึกษาปีที่ 4			
5	มัธยมศึกษาปีที่ 5			
6	มัธยมศึกษาปีที่ 6			
	รวม			

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป

ประสงค์รับวัคซีน *Pfizer* รายจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

[illegible]

ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



VI

โรงเรียน.....

กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๖

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น

มัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า จำนวน ๑ ชุด

๒. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่

๑-๖ หรือเทียบเท่า จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้าง

อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาซึ่งศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะมาให้บริการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน
นักเรียนในระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า ในวันที่..... เวลา..... จึงเรียนมา
เพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการอนุญาตให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer เพื่อ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่
.....รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ขอบคุณครับ