

ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๒๑๐.๒๔/ว ๓๗๖



สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี ถนนพระยาสัจจา
ตำบลเสเม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งแนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบ
สถานศึกษาสำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ ๑๒ ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้นฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงาน กศน.ขอให้สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี แจ้งสถานศึกษาในสังกัดประชาสัมพันธ์
แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ ๓ สำหรับเด็กที่มีอายุ ๑๒ - ๑๙ ปี

สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี ขอแจ้งให้สถานศึกษา ทุกแห่ง ประชาสัมพันธ์แนวทางการให้บริการ
วัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ ๑๒ ปี
ขึ้นไปที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ ๒ เข็ม รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุชา พงษ์เกษม)

ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

กลุ่มส่งเสริมการศึกษานอกระบบ(งานการศึกษาขั้นพื้นฐาน)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๒๔-๗๑๔๔

โทรสาร ๐-๓๘๒๗-๓๗๘๘

E-mail address : cbi_nfedc@nfe.go.th

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง
เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส
ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
อายุ 12 ปี ขึ้นไปที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์
ครู 2 เข็ม

กรมควบคุมโรค
เมษายน 2565

Pfizer-BioNTech COVID-19
Vaccine, 100 µg. Contains no preservatives.
Use within 1 hour of opening. Use Authorised
ROUTE BEFORE USE. Discard 6 hours
from opening if stored at 2 to 25°C (33°F)
within 24 hours of opening and 1 time.

**แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส
ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป
ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม**

กรมควบคุมโรค
เมษายน 2565

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรุนแรง ประเทศไทยจึงกำหนดให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวัคซีนโควิด 19 แก่ประชาชนไทยทุกคน ซึ่งเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับวัคซีน เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ซึ่งเริ่มให้วัคซีนในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าเป็นครั้งแรก เมื่อเดือนตุลาคม 2564 ที่ผ่านมา

จากการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรคทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยว่าระดับภูมิคุ้มกันของเด็กที่ได้รับวัคซีนจะเริ่มลดลงจนไม่สามารถป้องกันโรคได้ ภายหลังได้รับวัคซีนเข็มที่สอง เป็นระยะเวลา 4-6 เดือน จากที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565 และการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ครั้งที่ 6/2565 วันที่ 8 เมษายน 2565 มีมติให้เด็กอายุ 12-17 ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด โอดีสปาร์ติ หรือ ครึ่งโดส มีระยะเวลาตั้งแต่ 4-6 เดือน ขึ้นไป โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก ประกอบกับที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 445 วันที่ 11 เมษายน 2565 มีมติให้เด็กอายุ 12-17 ปี ที่ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็มแล้ว ให้เข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ เข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส มีระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก โดยให้บริการผ่านระบบสถานศึกษา เพื่อเตรียมการสำหรับเปิดภาคการศึกษาที่ 1/2565 โดยบรรณาการความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ

กรมควบคุมโรคจึงได้จัดแนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เพื่อให้ท่านผู้อำนวยการที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเป้าหมาย

2. กลุ่มเป้าหมาย

นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือประกาศนียบัตร วิชาชีพ (ปวช./ปวส.) หรือเทียบเท่า โดยมีเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- 2.1 เป็นผู้ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป และ
- 2.2 เป็นผู้ที่ต้องการได้รับการกระตุ้นด้วยวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง ขนาดครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส)

3. กำหนดการให้วัคซีน

กำหนดให้วัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส) ปริมาณ 0.15 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อ โดยมีระยะห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป

4. ระยะเวลาและพื้นที่ดำเนินการ

ขอให้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยเร็ว ตั้งแต่วันที่ 9 - 31 พฤษภาคม 2565 พร้อมกัน ทั่วประเทศ 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากพื้นที่ใดมีความพร้อม สามารถให้บริการในกลุ่มเป้าหมายได้ก่อนวันดังกล่าว

5. รูปแบบการดำเนินงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1 กำหนดให้กลุ่มเป้าหมายดังข้อ 3 ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 ขนาด ครึ่งโดส (15 ไมโครกรัม/โดส) ผ่านระบบสถานศึกษา (รูปแบบวัคซีนนักเรียน; School-based vaccination) โดยประสานการดำเนินงานผ่านกระทรวงศึกษาธิการ รายละเอียดการประสานงานเข่นเดียวกับแนวทาง การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

5.2 ในกรณีที่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายในข้อ 2 ได้แก่

- เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่อยู่นอกระบบการศึกษา
- ผู้เข้ารับวัคซีนโควิด 19 ครบ 2 เข็มขึ้นไป ที่ไม่ใช้วัคซีนไฟเซอร์ทั้ง 2 เข็ม
- นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในระบบการศึกษา ที่มีประวัติการได้รับวัคซีน ไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป และต้องการได้รับ การกระตุ้นด้วยวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง ขนาดเต็มโดส (30 ไมโครกรัม/โดส)

ให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้ารับวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วงเข้มกระตุ้น ผ่านระบบสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟ้าสีม่วง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ราย 1 วัน ต่อวัน ที่ศึกษา ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบทุกเข็ม

5.3 ผู้ที่มีเงื่อนไขเฉพาะ มีความจำเป็น หรือ มีข้อจำกัดในการรับวัคซีนตามแนวทางการฉีดวัคซีน ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ ให้หน่วยบริการพิจารณาฉีดวัคซีนตามดุลพินิจของแพทย์ ภายใต้หลักวิชาการ คำแนะนำจากบริษัทผู้ผลิต และความสมัครใจของผู้รับวัคซีน

ทั้งนี้การเตรียมการก่อน-ระหว่าง-หลังให้บริการ ขอให้ยึดถือตามแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

6. การเบิกวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้น

ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งจำนวนนักเรียนและวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเป็นเข็มกระตุ้น ที่ต้องการ โดยคำนึงถึงวันหมดอายุของวัคซีนและตู้เย็นที่จัดเก็บวัคซีน ไปยังกลุ่มโรคป้องกันด้วยวัคซีน กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายในวันที่ 26 เมษายน 2565 เวลา 16.30 น. ผ่าน google form <https://shorturl.asia/Cqbko> โดยมีนางสาวอรุมา คำภาวี เป็นผู้ประสานงาน โทรศัพท์ 02 590 3196 โดยทางกองโรคติดต่อทั่วไป จะจัดส่งวัคซีนภายในวันที่ 6 พฤษภาคม 2565

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถบริหารจัดการวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อนำมาให้บริการในกลุ่มเป้าหมายได้ตามปรับบทอย่างเหมาะสม

แบบสำรวจการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มิเวง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป
ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำขอ ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มิเวง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป แต่สหห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขอธบดีประจำบ้าน/ หมายเลขอห្មัสสือเดินทาง (กรณีชาวต่างด้าว)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับวัคซีนา		หมายเหตุ
					รับ	ไม่รับ	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
รวม							

หมายเหตุ : 1. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

เอกสารฉบับนี้ที่ 12 หมายเหตุ 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มิเวง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับชั้นเรียน/ห้องศึกษา กลาง 12 ชั้น ตั้งแต่ ที่เริ่มภาคการเรียนรู้ครั้งแรกถึงปัจจุบันครั้งที่ 2 เรียน

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์

ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 - 6 เดือน ขึ้นไป ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ผ่านสื่อเมือง

เป็นเข็มกระดับ ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนฯ ของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับ	
1	ม.1 หรือ.....			
2	ม.2 หรือ.....			
3	ม.3 หรือ.....			
4	ม.4 หรือ.....			
5	ม.5 หรือ.....			
6	ม.6 หรือ.....			
	รวม			

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป

เอกสารฉบับวันที่ 12 เมษายน 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ผ่านสื่อเมือง เป็นเข็มกระดับ ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่สนใจจะเดินทางไปต่างประเทศ 2 เดือน

แบบสรุปจำนำงนักเรียนนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ที่มีประวัติการติดรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2 เก็บ เป็นระบบรายงานตัวทั้งหมด 4 – 6 เดือน ซึ่งนำไป
ประเมินปรับปรุงคุณภาพการศึกษา ของสถานศึกษา รายจังหวัด
ที่มีความประสงค์รับเชื้อไวรัสโคโรนาเพิ่มมากขึ้น สำหรับผู้ที่ต้องเดินทางไปต่างประเทศ
สำหรับผู้ที่เดินทางกลับประเทศไทย ต้องกักตัวกักกัน 14 วัน

Digitized by srujanika@gmail.com 12 March 2012 2565

แนวทางการให้บริการวัดคุณภาพของผู้เรียนในส่วนต่างๆ ตามมาตรฐาน ผ่านระบบงานศึกษา สำหรับนักเรียน นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการติดรับยาเสพติดในพหุครรบ 2 เชิง ลักษณะ ต่อไปนี้ 12 มาตรฐาน 2564



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข้มกระตัน ขนาดครึ่งโดส

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีพิษร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรงหรืออวัยวิดuct เช่น ปอดอักเสบ รุนแรง ระบบหัวใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอักเสบหลอดลมในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการดังนี้ ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโครติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

วัคซีนไฟเซอร์ชนิดผ้าสีม่วง เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอลอจิกส์ (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการอนต์เชิฟายบากเนื้อจากบ่ายหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อดีที่สำคัญคือ ไม่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ เช่น แช่เย็น แต่สามารถเก็บรักษาได้ที่อุณหภูมิห้อง 2-8 องศาเซลเซียส สำหรับวัคซีนไฟเซอร์ ต้องฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ และสามารถให้วัคซีนไฟเซอร์เป็นเข็มกระดูกด้วยได้ ต้องฉีดเข็มที่ 2 เมื่อมีระยะเวลาตั้งแต่ 4-6 เดือน ขึ้นไป จึงสามารถให้วัคซีนในปริมาณ 15 มิลลิกรัม/โดส สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ใกล้เคียงกับวัคซีนขนาด 30 มิลลิกรัม/โดส แต่อาจมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการได้รับวัคซีนขนาด 30 มิลลิกรัม/โดส เป็นเข็มกระดูก โดยมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อาหารอย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บบายเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์คราวมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีด ออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำตัวตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่บังคับคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยั่วไม่คุ้งที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด แต่โรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่แน่ใจหรืออาการยั่วไม่คุ้งที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตัวแห่งน้ำที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปได้เองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรดอออกกำลังกายหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ เมื่อวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่การฉีดวัคซีนนี้ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นภัยร้ายที่มีแบบฉบับพัฒนาโดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย

แนวทางการให้บริการวัสดุชนไฟเซอร์ฝาสีม่วง เป็นเข็มกระตุน ขนาดครึ่งໂດສ ผ่านระบบสถานศึกษา

ສໍາງຮັດເກົກເຮີຍ/ເກົກສຶກພາ ລາຍ 12 ປີ ຕັ້ງໄປໃຈ ທີ່ໄດ້ຮັບກຳຕົກການໄລຍະເກົດສີໄຟເຫດລາຍ 2 ເຕີ.

หลอดลมตีบ หดสติ ความดันโลหิตต่ำ ฝันลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศไทยรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มาร์กอินในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปี ได้ โดยพบอาการดังกล่าวที่หลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมักพบในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอกร้ายใจไม่ยอมหรือ ใจสั่น อย่างรุนแรงตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้นพบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายในหลังการรักษา

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประยุกต์ของหัวปีกครองให้บุตรหลานอีกด้วยชื่นไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข้มกระดับ ขนาดครึ่งໂດສ

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล..... หมายเลขอปกรณ์ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

หมายเลขอปกรณ์ (นักเรียน).....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....
ชื่อสถานศึกษา..... ชั้นปี..... ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบง่ายแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มาสิ่งม่วงเข้มกระตุ้น ขนาด 15 'ไมโครกรัม/โดส โดยสมัครใจ
 'ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มาสิ่งม่วงเข้มกระตุ้น ขนาด 15 'ไมโครกรัม/โดส
และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

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

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครุประจําชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

แนวทางการให้บริการวัดชีนไฟเชอร์ฟามิว่ง เป็นเพิมกระตุ้น ขนาดครึ่งเตส ผ่านระบบสถานศึกษา
สังฆรักษ์แห่งชาติ / ก้าวสู่โลก ละ 12 ชี ลี ๑๔ ๒๕๖๓ ที่ปรึกษาด้านการค้าสัมภาระและเทคโนโลยี ๒๕๖๓



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มสั่งเข้มงวดตุ้น ขนาดครึ่งโดส
สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณารอข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

- | | |
|--|--|
| 1. นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. นักเรียนไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มสั่ง ครบ 2 เข็ม เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3. นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน) | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4. นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 3 เดือน | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5. นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้น แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6. นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 7. นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือพึ่งอุบัติเหตุ ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้) | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 8. นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน) | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 9. นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 10. นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19
(ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19) | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาตั้งก่อตั้ง มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มสั่งเข้มงวดตุ้นได้ พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฟาร์มสั่ง เป็นเข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา
สำหรักฯ/นักเรียน/นักศึกษา ลาย 1 ชี ตัวที่ 1 ที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาฯ เก็บไว้ในเอกสารด้านล่าง 2 ชี

ที่

โรงเรียน.....

กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์
ฝ่ายสื่ม่วงเข้มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส จำนวน 1 ชุด

2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่ายสื่ม่วงเข้มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส
สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้าง
อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นศึกษาใน
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝ่ายสื่ม่วง เป็นเข้มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบ
สถานศึกษา สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ครบ 2 เข็ม เพื่อลด
ความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝ่ายสื่ม่วง เป็นเข้ม^{กระตุ้น} ขนาดครึ่งโดส ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่าน
ผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
โควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครุประจำชั้น ภายในวันที่ รายละเอียดตาม
สิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครุ.....

โทร.

แนวทางการให้บริการวัคซีนไฟเซอร์ฝ่ายสื่ม่วง เป็นเข้มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส ผ่านระบบสถานศึกษา
สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ลักษณะการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ดังนี้ ๑. เด็ก