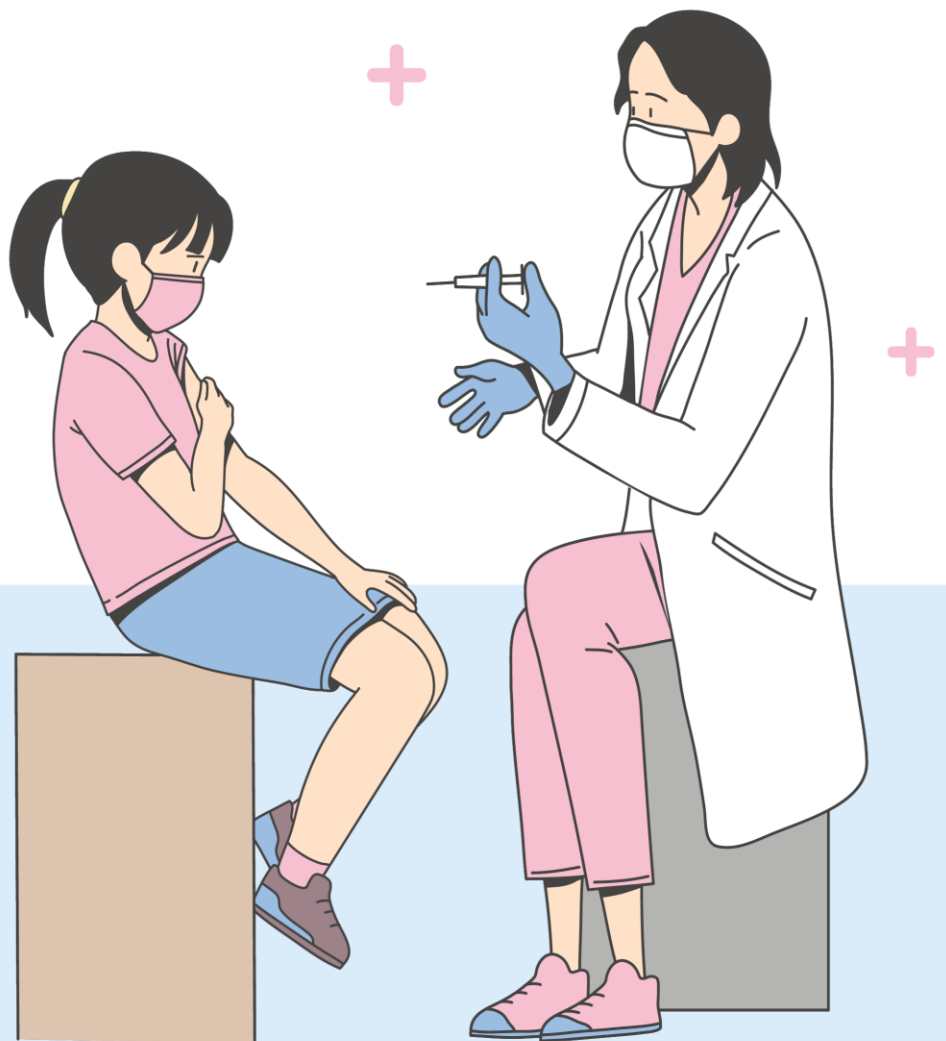


แนวทางการให้บริการวัคซีน  
ป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี  
ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน  
ของกระทรวงสาธารณสุข



กรมควบคุมโรค  
กันยายน 2566

แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี  
(HPV)

ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

*กรมควบคุมโรค*

*กันยายน 2566*

## คำนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในที่สุด โดยสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน HPV ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ 93 - 95 ประเทศไทยได้มีนโยบายการให้วัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยกรมควบคุมโรคเริ่มนำร่องการให้วัคซีน HPV ในเด็กหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อปี 2557 และในปี 2560 ได้ขยายการดำเนินงานให้วัคซีน HPV ทั่วประเทศ ต่อมาในปี 2562 เกิดสถานการณ์วัคซีน HPV ขาดคร่าวทั่วโลก ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถจัดหาวัคซีน HPV ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV และในปี 2565 ประเทศไทยสามารถจัดหาวัคซีน HPV เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายอีกครั้ง แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2566 มีมติเห็นชอบ แผนเร่งรัดการฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมายนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง ชั้นอุดมศึกษาปีที่ 2 (หรืออายุ 11 - 20 ปี) โดยเน้นบริการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายก่อน ทั้งนี้ยังคงให้วัคซีน HPV จำนวน 2 เข็ม ตามสิทธิประโยชน์ต่อไป และมีมติที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 5/2566 เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2566 มีมติแนะนำการฉีด HPV ในหญิง อายุ 11 - 20 ปี จำนวน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน สำหรับการให้วัคซีน HPV ตามแผนเร่งรัด 100 วัน สามารถฉีดวัคซีน 1 เข็ม (เป็นเข็มที่ 1 หรือ 2) ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหญิงทั้งในระบบการศึกษา (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ขึ้นไป) และนอกระบบการศึกษาให้ครบทั้งหมด โดยเน้นให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้เป็นเข็มที่ 1 ในกลุ่มอายุ 11 - 20 ปี หรือ เป็นเข็มที่ 2 ในกลุ่มอายุ 15-20 ปี เป็นเข็มที่ 2 ในผู้ที่ได้รับเข็ม 1 แล้ว เกิน 6 เดือน

เพื่อให้ให้นักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงอุดมศึกษาปีที่ 2 หรือหญิงไทยอายุ 11 - 20 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV มุ่งหวังผลในการลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย กรมควบคุมโรคจึงได้จัดทำแนวทางการให้บริการวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และลดการสูญเสียจากมะเร็งปากมดลูกต่อไปในอนาคต

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2566

## สารบัญ

หน้า

แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข .....	1
1. วัตถุประสงค์.....	1
2. หลักการให้วัคซีน HPV .....	1
3. เป้าหมายการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข .....	1
4. กลุ่มเป้าหมาย.....	1
5. พื้นที่ดำเนินการ.....	1
6. ระยะเวลาดำเนินการ.....	1
7. รูปแบบการดำเนินงาน.....	2
8. การสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย.....	2
9. การตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV.....	3
10. การเบิก-จ่ายวัคซีน HPV .....	3
11. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	3
12. การให้บริการวัคซีน HPV .....	5
13. การรายงานผลการให้บริการ .....	6
<b>ภาคผนวก .....</b>	<b>7</b>
ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน .....	8
ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า .....	9
ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV .....	10
ภาคผนวกที่ 4 ตัวอย่าง แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับหญิงไทย อายุ 11 – 17 ปี นอกกระบวนการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18 - 20 ปี.....	11
ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข .....	13
ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข. ....	14
ภาคผนวกที่ 7 การดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน.....	15
ภาคผนวกที่ 8 แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค .....	16

# แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2566

## 1. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV ในกลุ่มเป้าหมาย มุ่งหวังผลในการลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ด้วยมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย

## 2. หลักการให้วัคซีน HPV

### 2.1 หลักการให้วัคซีน HPV ตามคำแนะนำคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แนะนำให้ หญิง อายุ 11 – 20 ปี ให้วัคซีน HPV จำนวน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน  
ทั้งนี้ สามารถสับเปลี่ยนชนิดวัคซีน HPV ระหว่างเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 ได้

### 2.2 คำแนะนำการให้วัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

เร่งรัดฉีดวัคซีนคนละ 1 เข็ม (เป็นเข็มที่ 1 หรือ 2 ตามประวัติการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย  
และคำแนะนำของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)

## 3. เป้าหมายการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการฉีดวัคซีน HPV อย่างน้อย 1 ล้านโดส ใน 100 วันแรก

## 4. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยอายุ 11 – 20 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม

## 5. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการพร้อมกัน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

## 6. ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 โดยขอให้ทุกจังหวัดเปิดหน่วยบริการฉีดให้กับกลุ่มเป้าหมาย  
จังหวัดละ 1 แห่งพร้อมกันทั่วประเทศ ณ วันที่ 26 ตุลาคม 2566 เป็นต้นไป อาจเป็นรูปแบบการบริการผ่าน  
สถานพยาบาล หรือจุดฉีดนอกสถานที่ ตามบริบทของพื้นที่ และให้บริการผ่านสถานศึกษาในเดือนพฤศจิกายน  
2566

## 7. รูปแบบการดำเนินงาน

เนื่องจากการให้ฉีดวัคซีน HPV มีกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษา จึงสามารถพิจารณาดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการดำเนินงาน
7.1 นักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	ดำเนินงานในรูปแบบวัคซีนนักเรียน (School-based vaccination) สามารถดำเนินงานผ่านสถาบันการศึกษา เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน</li> <li>- สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.)</li> <li>- โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ</li> <li>- สถาบันการศึกษาอื่นๆ เช่น โรงเรียนคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น</li> </ul>
7.2 นักศึกษาหญิงไทยระดับอุดมศึกษาปีที่ 1 – 2 หรือเทียบเท่า	ดำเนินการฉีดวัคซีน HPV ในหน่วยบริการ หรือพิจารณาจัดหาช่องทาง การเข้าถึงวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวตามความเหมาะสม เพื่อไม่ให้เสียโอกาสในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
7.3 หญิงไทย อายุ 11 - 20 ปี นอกระบบการศึกษา	

## 8. การสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการสำรวจความต้องการวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายและตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

1. กรณีดำเนินงานในรูปแบบวัคซีนนักเรียน ได้แก่ ในกลุ่มนักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

ขอให้ประสานศึกษาธิการจังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการสำรวจความต้องการวัคซีน HPV เก็บตก

(ทั้งนี้ ไม่รวมกับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. สำรวจและจัดสรรวัคซีนแล้ว ในปีงบประมาณ 2566)

รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 3 โดยตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV รายละเอียดตามข้อ 9

2. กรณีดำเนินงานผ่านสถานพยาบาล หรือ รูปแบบพิเศษ ได้แก่ ในกลุ่มนักศึกษาหญิงไทย ระดับอุดมศึกษาปีที่ 1 – 2 หรือเทียบเท่า และกลุ่มหญิงไทย อายุ 11 - 20 ปี นอกกระบวนการศึกษา ขอให้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสำรวจความต้องการวัคซีน HPV รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 4 โดยตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV รายละเอียดตามข้อ 9
3. แจ้งจำนวนผู้ประสงค์รับวัคซีนตามข้อ 1 และ 2 มาয়ักรวมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 5 ภายในวันที่ 9 ตุลาคม 2566

● **สถานศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า**

1. สำรวจความต้องการวัคซีน HPV ของกลุ่มเป้าหมาย และแจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 2 โดยตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV รายละเอียดตามข้อ 9
2. ชี้แจงผู้ประกอบการและกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน รายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 6 - 7

**9. การตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV**

ขอให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV และสำรวจวัคซีนที่ต้องการ ตามแนวทาง ดังนี้

9.1 ได้รับวัคซีน HPV ครบตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพิ่ม

9.1.1 กรณีได้รับวัคซีน 3 เข็ม ตามเอกสารกำกับยา

9.1.2 กรณีได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

9.2 กรณีที่ได้รับวัคซีน HPV ไม่ครบตามเกณฑ์ ขอให้รับวัคซีนเพิ่ม ดังนี้

9.2.1 ไม่มีประวัติได้รับวัคซีน/ ไม่ทราบ ขอให้วัคซีน HPV จำนวน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

9.2.2 กรณีได้รับวัคซีน 1 เข็ม หรือกรณีที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่าง < 6 เดือน (ถือว่าได้ 1 เข็ม)

ขอให้วัคซีน HPV เพิ่ม 1 เข็ม ห่างจากเข็มล่าสุด อย่างน้อย 6 เดือน

**10. การเบิก-จ่ายวัคซีน HPV**

ดำเนินการตามแนวทางการเบิก-จ่ายวัคซีน HPV ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**11. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

ในการให้วัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ดังนี้

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การดำเนินงาน
11.1	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร	1. บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด / กรุงเทพมหานคร 2. สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย และแจ้งจำนวนวัคซีนที่ต้องการ 3. กำหนดแนวทางการบริการในรูปแบบวัคซีนนักเรียน (School-based vaccination) และ Hospital service หรือ Special service ตามบริบทของพื้นที่

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การดำเนินงาน
11.1	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด/กรุงเทพมหานคร (ต่อ)	4. ประสานศึกษาธิการจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้บริหาร สถานศึกษา เพื่อเตรียมการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน และฉีดวัคซีนให้ กลุ่มเป้าหมาย 5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบฐานข้อมูลกระทรวง สาธารณสุข (MoPH Immunization Center; MoPH IC)
11.2	กระทรวงศึกษาธิการ และ หน่วยงานต้นสังกัดของ สถานศึกษาอื่น ๆ	1. กำกับติดตามการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน ตามนโยบายของประเทศ 2. รวบรวมข้อมูลนักเรียนและแจ้งแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร
11.3	สถานศึกษา	1. ชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีน และจัดส่งคำแนะนำ การให้วัคซีนและเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน 2. แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร กำหนดไว้
11.4	สถานพยาบาล	1. จัดระบบการให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจสอบเอกสารแสดง ความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย ชักประวัติ คัดกรอง ฉีด วัคซีน นัดหมาย ออกเอกสารรับรองการฉีดวัคซีน และเฝ้าระวัง AEFI 2. รับ-จ่ายวัคซีน จัดเก็บวัคซีน และรายงานสถานะคงคลัง 3. บันทึกผลการให้บริการในระบบ MoPH IC ให้ครบถ้วนทุกรายและ เป็นปัจจุบัน
11.5	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	1. จัดหาและจัดส่งวัคซีน HPV ไปยังหน่วยบริการ
11.6	กรมควบคุมโรค	1. แจ้งแนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2. สืบสวนกลุ่มเป้าหมายและจัดทำแผนการจัดส่งวัคซีน HPV ของหน่วยบริการ 3. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดำเนินการ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น 4. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมพัฒนาระบบ MoPH IC และกำหนด แนวทางการบันทึกข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ
11.7	สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	1. กำกับ ติดตามผลการฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย



## 12. การให้บริการวัคซีน HPV

### 12.1 การเตรียมก่อนการให้บริการ ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
2. รับทราบนโยบายการดำเนินงานจากกระทรวงสาธารณสุข
3. ประสานศึกษาธิการจังหวัด หรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 4 และแจ้งจำนวนผู้ประสงค์รับวัคซีนมายังกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 5
4. กำหนดแนวทางการบริการในรูปแบบวัคซีนนักเรียน (School-based vaccination) และ Hospital service หรือ Special service ตามบริบทของพื้นที่
5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC และการติดตามผลการให้บริการ
6. บริหารจัดการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน

- สถานศึกษา

1. สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 3
2. ชี้แจงผู้ปกครองและกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน รายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 5 – 6

- สถานพยาบาล

จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐาน วัคซีน และสถานที่ให้วัคซีน ดังนี้

1. การเตรียมวัคซีน และวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ วัคซีน HPV กระบอกฉีดยา เข็มฉีดยา และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น สำลี แอลกอฮอล์ ถุงมือ เป็นต้น
2. เตรียมสถานที่ให้บริการที่มีแพทย์/พยาบาล ดูแล และสามารถให้การช่วยเหลือได้ รวมถึงจุดให้บริการนอกสถานพยาบาล โดยจัดสถานที่แยกจุดรอบริการ จุดให้บริการ ที่นั่งเฝ้าสังเกตอาการ ให้เป็นสัดส่วน พร้อมเตรียมวัสดุอุปกรณ์การฉีดยา อุปกรณ์กู้ชีพ และเตรียมระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุฉุกเฉิน รายละเอียดตามแนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน HPV แบบกลุ่มก้อน

## 12.2 การให้บริการ

- ตรวจสอบความพร้อมก่อนให้บริการ ได้แก่ การกำหนดลำดับขวดวัคซีนเรียงตามวันหมดอายุ ตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ครบถ้วนถูกต้องพร้อมใช้งาน
- ยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ
- ตรวจสอบเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน
- ชักประวัติ คัดกรอง และให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย
- ฉีดวัคซีนบริเวณต้นแขนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ด้วยวิธี sterile technique ตามเอกสารกำกับยา หลังฉีดวัคซีนให้พักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที และบันทึกอาการก่อนกลับบ้าน

## 12.3 การดำเนินงานหลังให้บริการ

- ให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน บันทึกผลการให้บริการวัคซีน HPV ของผู้รับวัคซีน ในระบบ MoPH IC ทุกราย ทั้งกรณีให้บริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และการติดตามผลการให้บริการรายงานสถานศึกษา รายชั้นปี ในพื้นที่รับผิดชอบ
- เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
- ขวดวัคซีนและอุปกรณ์การฉีดวัคซีนให้ทำลายแบบขยะติดเชื้อตามระบบปกติที่หน่วยงานดำเนินการอยู่

## 13. การรายงานผลการให้บริการ

ขอให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีน HPV ในระบบฐานข้อมูล MoPH IC ตามแนวทางการรายงานผลการดำเนินงานวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข (อยู่ระหว่างดำเนินงาน)

# ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ประวัติการได้รับวัคซีน HPV		ความประสงค์รับวัคซีน HPV			หมายเหตุ
					ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบ	ไม่รับ	รับ 1 เข็ม	รับ 2 เข็ม	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
		<b>รวม</b>								

หมายเหตุ : 1. ไม่รวมกับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. สำรวจและจัดสรรวัคซีนแล้ว ในปีงบประมาณ 2566

2. ประวัติวัคซีน HPV ครบตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพิ่ม ได้แก่

2.1 กรณีได้รับวัคซีน 3 เข็ม ตามเอกสารกำกับยา

2.2 กรณีได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

3. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

4. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

ที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV แยกแต่ละสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)			หมายเหตุ
		ทั้งหมด	รับวัคซีน 1 เข็ม	รับวัคซีน 2 เข็ม	
1	ป. 5 หรือ.....				
2	ป. 6 หรือ.....				
3	ม.1 หรือ.....				
4	ม.2 หรือ.....				
5	ม.3 หรือ.....				
6	ม.4 หรือ.....				
7	ม.5 หรือ.....				
8	ม.6 หรือ.....				
	รวม				

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป



ภาคผนวกที่ 4 ตัวอย่าง แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับหญิงไทย อายุ 11 – 17 ปี นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18 - 20 ปี

ตัวอย่าง แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับหญิงไทย อายุ 11 – 17 ปี นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18 - 20 ปี

จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ประวัติการได้รับวัคซีน HPV		ความประสงค์รับวัคซีน HPV			หมายเหตุ
					ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบ	ไม่รับ	รับ 1 เข็ม	รับ 2 เข็ม	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
		รวม								

หมายเหตุ : 1. ประวัติวัคซีน HPV ครบตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพิ่ม ได้แก่

1.1 กรณีได้รับวัคซีน 3 เข็ม ตามเอกสารกำกับยา

1.2 กรณีได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

ภาคผนวกที่ 5 แบบแจ้งความต้องการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทยชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือเทียบเท่า หญิงไทยที่อายุ 11 - 17 ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18-20 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน รายโรงพยาบาล รายจังหวัด

แบบแจ้งความต้องการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า  
หญิงไทยที่อายุ 11 - 17 ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18-20 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน รายโรงพยาบาล รายจังหวัด  
จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมจำนวนวัคซีน HPV ที่ต้องการ (โดส)

ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทยชั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน																		จำนวน หญิงไทยที่อายุ 11 - 17 ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และ หญิงไทยอายุ 18-20 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน		รวมจำนวน วัคซีน HPV ที่ต้องการ (โดส)	
		ป.5 หรือ.....		ป.6 หรือ.....		ม.1 หรือ.....		ม.2 หรือ.....		ม.3 หรือ.....		ม.4 หรือ.....		ม.5 หรือ.....		ม.6 หรือ.....		รวม		1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม
		1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม						
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
	รวม																						

หมายเหตุ: ขอให้รวบรวมส่งกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายในวันที่ 16 ตุลาคม 2566 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ vaccine.ddc@gmail.com หรือผ่าน google sheet

โดยมอบหมายให้นางสาวรสกร วันประยูร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข โทร 0 2590 3196 เป็นผู้ประสานงาน



ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข  
เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีน HPV

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี 2559 – 2561 พบว่า อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของโรคเฉลี่ยเท่ากับ 11.1 ต่อแสนประชากรหญิงหรือประมาณ 4,500 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ต่อปี ซึ่งจะมีหญิงไทยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกวันละ 8-10 ราย โดยหญิงไทยอายุ 45 - 70 ปี เป็นกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีบุตรมาก มีประวัติเป็นกามโรค แต่ปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่งของการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อบุผิวปากมดลูกทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุด

วัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ 93-95 หากมีการติดเชื้อ HPV ก่อนการฉีดวัคซีนจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันลดลง ภายหลังการฉีดวัคซีนอาจพบปฏิกิริยา ได้แก่ อาการปวดบวมบริเวณที่ฉีด ผื่นแดงคันบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดศีรษะ ในกรณีที่ฉีดในวัยรุ่นเป็นกลุ่มใหญ่อาจมีความกังวลเรื่องการฉีด หรือกลัวการฉีดวัคซีน จนบางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลมหลังได้รับวัคซีน ทั้งหมดมีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติในเวลาไม่นาน และไม่เป็นอันตราย ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน HPV ครบถ้วนตามกำหนด ยังคงมีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อถึงอายุที่เหมาะสมเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน เพราะยังมีสายพันธุ์ที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยวัคซีนที่อาจก่อโรคได้อยู่

การเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน HPV ให้ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ หากมีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือไม่แน่ใจ ให้ปรึกษาแพทย์

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีน HPV

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

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

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ประวัติการได้รับวัคซีน HPV  ไม่เคยได้รับวัคซีน  
 ได้รับเข็มที่ 1 เมื่อวันที่.....  ได้รับเข็มที่ 2 เมื่อวันที่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน HPV และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า  ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV โดยสมัครใจ  
 ไม่ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV  
และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม ลงชื่อ..... ผู้เยาว์  
(.....) (.....)  
วันที่...../...../ 2566 วันที่...../...../ 2566

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

**ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข**

ที่ .....

โรงเรียน.....

กันยายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข  
เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีน HPV จำนวน 1 ชุด

ด้วยประเทศไทยได้มีนโยบายการให้วัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 2 เข็ม ตามสิทธิประโยชน์ที่ต้องได้รับ ซึ่งเมื่อปี 2562 เกิดสถานการณ์วัคซีน HPV ขาดคร่าวทั่วโลก ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถจัดหาวัคซีน HPV ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเร่งรัดการให้วัคซีน HPV ในหญิงไทยอายุ 11 – 20 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ในวันที่ ..... เวลา ..... จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่ .....รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

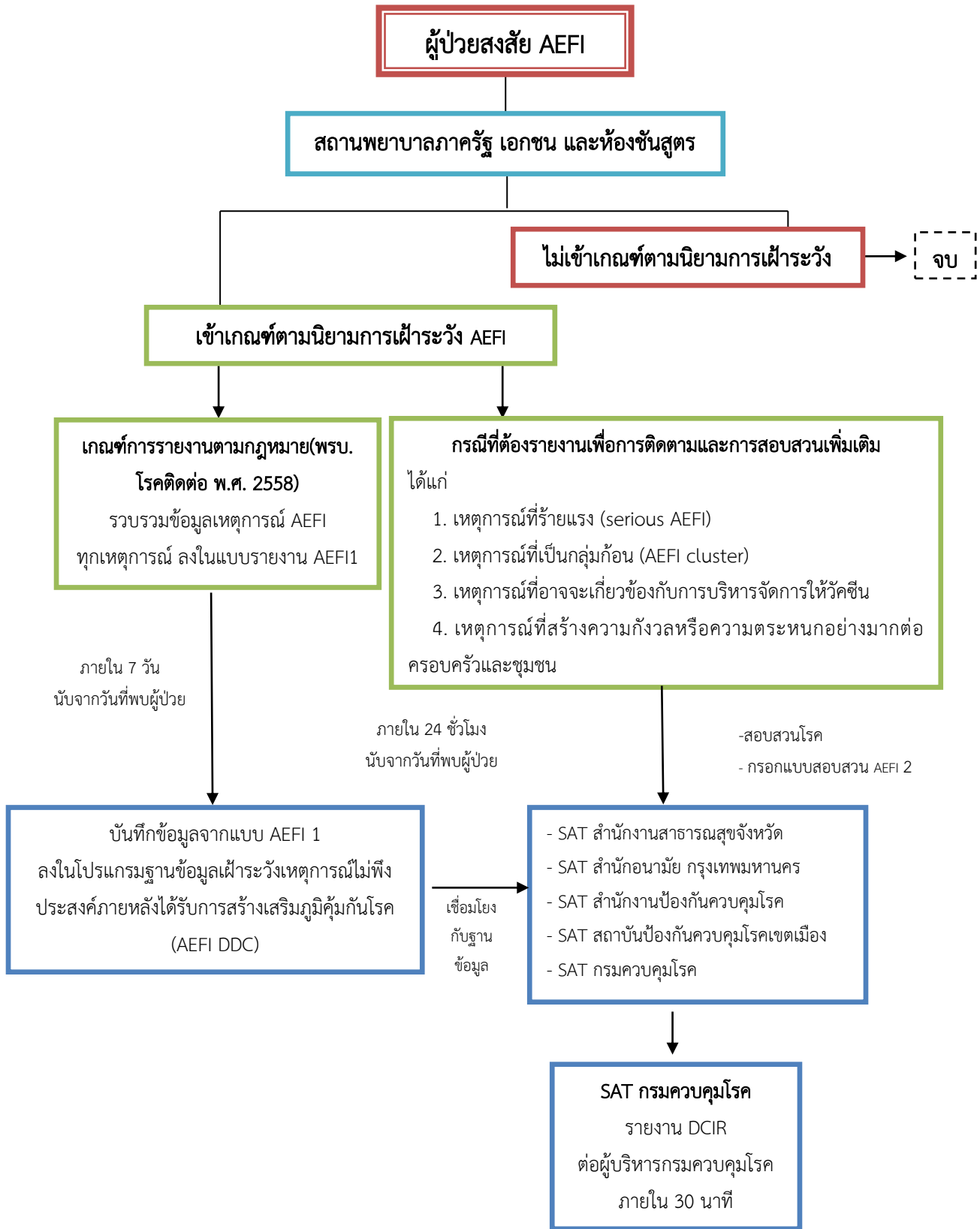
(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร. ....

ภาคผนวกที่ 7 การดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน



ภาคผนวกที่ 8 แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1 Form)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย									
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....		ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก .....		อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
*คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....		โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....		เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุเวลาที่.....							
อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		ประวัติการเข้ายาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก		ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ .....							
*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....									
(2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข).....									
*ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่	*ว/ด/ปที่ได้รับ	*เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิตวัคซีน	*เลขที่ผลิต	*วันหมดอายุ
(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย									
<input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever ≥ 38 °C <input type="checkbox"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปถึงข้อที่ใกล้ที่สุด		<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia		<input type="checkbox"/> Osteitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others.....		รายละเอียดอาการและการตรวจพบ  วินิจฉัยของแพทย์.....  ว/ด/ป ที่เกิดอาการ..... เวลาที่เกิดอาการ..... ว/ด/ป ที่รับรักษา..... ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....			
*ความร้ายแรงของอาการ <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ระบุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="checkbox"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> รับไว้รักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความผิดปกติแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์ .....									
*สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)..... <input type="checkbox"/> ผ่านพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> มี สถานที่ทำการ.....									
(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....									
(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน					(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น				
ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....					<input type="checkbox"/> ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความสัมพันธ์				
ชื่อผู้รายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> นักระบาดวิทยา <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> งาน EPI <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> น่าจะใช่				
หน่วยงานที่รายงาน..... จังหวัด..... โทร.....					<input type="checkbox"/> อาจจะใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
Email..... ว/ด/ป ที่ส่งรายงาน.....					<input type="checkbox"/> ความบกพร่องของวัคซีน				
ว/ด/ป ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงาน.....					<input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ				
ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แนบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี) .....					<input type="checkbox"/> เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง				
.....					<input type="checkbox"/> ความกลัว/ความกังวล				
.....					<input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้				

\*ให้เดิมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ \* ต้องเดิมข้อมูลให้ครบถ้วนไม่ได้

## แบบสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AEFI ร้ายแรง : เสียชีวิต พิการไร้ความสามารถ รับประทานเป็นผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย														
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....						วันเดือนปีเกิด...../...../.....								
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก .....						อายุขณะป่วย ปี..... เดือน..... วัน.....								
คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....						อายุ <input type="checkbox"/> <1ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี								
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....						ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก								
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....						จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....								
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี).....						โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....								
(2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน														
ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)..... ที่อยู่ถนน..... ตำบล.....														
อำเภอ..... จังหวัด..... <input type="checkbox"/> ภาครัฐ <input type="checkbox"/> ภาคเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....														
<input type="checkbox"/> เป็นสถานที่ตั้งถาวร <input type="checkbox"/> เป็นหน่วยเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....														
วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี <input type="checkbox"/> กรณีรณรงค์ <input type="checkbox"/> กรณีปกติในงานEPI <input type="checkbox"/> กรณีอื่น ๆ (ระบุ).....														
วัคซีน														
วัคซีน									ตัวทำลาย					
ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีให้	ตำแหน่ง	เข็มที่/ครั้งที่	ว/ด/ป ที่ได้รับ	เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิต	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ชื่อตัวทำลาย	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ว/ด/ป ที่ผสม	เวลาที่ผสม
(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน														
ข้อมูล				คำตอบ				ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด						
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
เคยมีอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
มีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา/อาหารหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ใน 30 วัน ก่อนได้รับวัคซีนครั้งนี้ เคยมีอาการป่วยหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
มีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ใน 30 วันที่ผ่านมา เคยเข้ารับการรักษาแบบเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาโรครักษาหรือไม่ (ถ้าใช่ ระบุชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาด และวันที่ใช้)				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
คนในครอบครัวเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ AEFI หรืออาการแพ้ใด ๆ หรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
สำหรับผู้หญิง				กำลังตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ (จำนวนสัปดาห์)..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
กำลังให้นมบุตร				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่										
สำหรับทารก (อายุ <1 ปี) การคลอด				<input type="checkbox"/> ครบกำหนด <input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> เกินกำหนด				น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม						
				<input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย (Forceps, Vacuum etc.)										
				<input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน (ระบุ).....										

4. อาการ/การรักษา/การวินิจฉัย**	
แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ <input type="checkbox"/> สืบค้นเวชระเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....	
การขึ้นสูตรศพบางวาจา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล).....	
อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน	
การวินิจฉัยของแพทย์.....	
ว/ด/ป ที่เริ่มเกิดอาการ .....	เวลาที่เริ่มเกิดอาการ.....ว/ด/ป ที่รับการรักษา.....ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....สถานที่รักษา.....แพทย์ผู้รักษา.....
สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> พิการ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป).....	
ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ.....	
<input type="checkbox"/> ไม่มีการพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> แต่มีแผนที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ .....	
(แนบใบรายงานผล ถ้ามี)	
** บันทึกข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ลงในช่องว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมในและนอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้)	
** กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น	
ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน.....	
ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน.....โทร. ....วันที่บันทึกข้อมูล.....

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน									
จำนวนผู้ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดในสถานที่ให้วัคซีนในวันนั้น	ชื่อวัคซีน								
	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน								
1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในเวลาใด <input type="checkbox"/> เป็นคนแรกๆของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
ในกรณีที่ได้รับวัคซีนมากกว่า 1 โดส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ภายใน 2-3 โดสแรก <input type="checkbox"/> เป็นโดสสุดท้าย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
2. มีข้อผิดพลาดของการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำในการใช้วัคซีนหรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
3. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วยอาจไม่ปราศจากเชื้อ (Unsterile technic) หรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
4. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าลักษณะทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วยผิดปกติ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
5. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือเตรียมวัคซีน (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายมิด ผสมวัคซีนกับตัวทำลายมิด ผิดพอ ปริมาณของวัคซีนที่ดูดเข้ากระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
6. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีน (เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน หรือในระหว่างการให้บริการไม่ดี เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
7. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าวัคซีนไม่ถูกต้อง (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้วัคซีน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
8. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนขวดเดียวกันกับผู้ป่วย .....คน มีอาการป่วย.....คน									
9. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนในวันเดียวกันกับผู้ป่วย.....คน มีอาการป่วย.....คน									
10. จำนวนผู้ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันในสถานบริการแห่งอื่น ๆ ในเขตอำเภอเดียวกัน จำนวนรวม.....คน จากสถานบริการ.....แห่ง มีอาการป่วย.....คน									
11. ผู้ป่วยรายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการป่วยเป็นกลุ่มก้อน <input type="checkbox"/> ใช่ ถ้าใช่: มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด.....ราย <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีนขวดเดียวกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่: จำนวนขวดวัคซีนที่ผู้ป่วยได้รับ.....ขวด (เพิ่มเติมรายละเอียด).....									
12. มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									

(6) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนในสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)	
กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาที่ใช้: ใช้ AD syringes ในการให้วัคซีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ้าไม่ใช่ AD syringes ใช้กระบอกฉีดยาชนิดใด	<input type="checkbox"/> ใช้ครั้งเดียวทิ้ง <input type="checkbox"/> นำกลับมาใช้ซ้ำ <input type="checkbox"/> แก้ว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
สำหรับวัคซีนที่ต้องผสมตัวทำลายมิดวัคซีน :	
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายมิดวัคซีนชนิดเดียวกันแต่ใช้กับหลายขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายมิดวัคซีนโดยใช้กับวัคซีนหลายชนิด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แยกกระบอกฉีดยาในการดูดตัวทำลายมิดวัคซีนในแต่ละขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
วัคซีนและตัวทำลายมิดที่ใช้ เป็นของบริษัทผู้ผลิตเดียวกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

(7) ระบบลูกโซ่ความเย็นและการขนส่ง (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)	
<b>การเก็บรักษาวัคซีน :</b>	
มีการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิตู้เย็น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/วัน
ถ้ามี พบว่าอุณหภูมิตู้เย็นต่ำกว่า +2 หรือสูงกว่า +8 °c หลังจากนำวัคซีนเข้าไปเก็บแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
ถ้าใช่ ให้เพิ่มเติมรายละเอียดในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain breakdown)	
ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการเก็บรักษาวัคซีน ตัวทำลาย และการใช้กระบอกฉีดยาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีสิ่งของอื่น (เช่น ยา อาหาร ) นอกจากวัคซีน และตัวทำลาย เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่ผสมแล้วยังเหลืออยู่เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่ (เช่น วัคซีนหมดอายุ ไม่มีฉลากที่ขวด VVM อยู่ในระยะ 3-4 หรือวัคซีนที่แข็งตัว)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีตัวทำลายที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้หรือไม่ (เช่น ตัวทำลายหมดอายุ ขวดมีรอยร้าว คนละบริษัทกับวัคซีน ขวดบรรจุสกปรก)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
<b>การขนส่งวัคซีน :</b>	
อุปกรณ์ที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน <input type="checkbox"/> กระติกวัคซีน <input type="checkbox"/> กล่องโฟม <input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่น ๆ ระบุ.....	
ขนส่งวัคซีนมาที่สถานที่ให้วัคซีน <input type="checkbox"/> ก่อนวันที่ให้บริการ <input type="checkbox"/> ในวันที่ให้บริการ	
มีการใช้ Conditioning ice-pack หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
(8) การสอบสวนในชุมชน	
(เยี่ยมพื้นที่ สัมภาษณ์บิดามารดา ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)	
มีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้และเกิดในตำบลเดียวกันกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ถ้ามี มีกี่ราย.....ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน.....ราย ไม่ได้รับวัคซีน.....ราย	
ไม่ทราบ.....ราย อธิบายรายละเอียด.....	
9. ข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรวจพบหรือสังเกตได้และข้อคิดเห็น	
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน..... โทร.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน..... โทร.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน..... โทร.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน..... โทร.....
วันที่สอบสวน.....	วันที่บันทึกแบบสอบถาม(AEFI2)..... วันที่ส่งแบบสอบถาม(AEFI2).....
ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบถาม (AEFI2)..... ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน.....
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน.....	มือถือ..... E mail.....