



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายบริหารการศึกษา กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ
ที่ ศก.๕๑๐๐๘/ว.๗๗๔ วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือสถานศึกษาในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษสนับสนุนให้ครู บุคลากร
ทางการศึกษาและนักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
และการสำรวจข้อมูลจำนวนครูและนักเรียนผู้ที่ได้รับวัคซีน

เรียน ผู้บริหารสถานศึกษาในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษทุกแห่ง

ตามหนังสือจังหวัดศรีสะเกษ ด่วนที่สุด ที่ ศก ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๘๔ ลงวันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๔
ได้ขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้ครู บุคลากรทางการศึกษาและนักเรียนได้รับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และสำรวจข้อมูลจำนวนครูผู้ได้รับวัคซีน และจำนวน
นักเรียน อายุตั้งแต่ ๑๒ - ๑๘ ปี เพื่อเป็นข้อมูลเสนอขอรับวัคซีน รายงานให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วน
ท้องถิ่นทราบ


กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับแจ้งว่า กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดหาวัคซีนไฟเซอร์
สำหรับนักเรียน/นักศึกษาอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมหรือเทียบเท่า ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียม
ความพร้อมการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานศึกษาจัดทำหนังสือแจ้งกำหนดการรับวัคซีนให้
ผู้ปกครองทราบ รวมทั้งขออนุญาตให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ ทั้งนี้ ให้จัดส่งแบบสำรวจ ใบยินยอม
รับวัคซีน และแบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนตามเอกสารกำหนดให้ผู้ปกครอง

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ฐานข้อมูลตามแบบสำรวจที่จังหวัดศรีสะเกษแจ้งตาม
หนังสือด่วนที่ ที่ มท ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๘๔ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔ และปรับเพิ่มข้อมูลนักเรียนเพิ่มเติม
ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก อายุ และความประสงค์ในการรับวัคซีน
เพื่อรวบรวมข้อมูลจัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๒๘ กันยายน
๒๕๖๔

๓. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสถานศึกษาในสังกัดที่จัดการศึกษาในระดับ
มัธยมศึกษา ร่วมประชุมเตรียมความพร้อมรับการฉีดวัคซีนของนักเรียน ผ่านเพจ facebook : การศึกษาท้องถิ่นไทย
ในวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป


(นายไกรศักดิ์ วรทัต)

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฎิบัติราชการแทน
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ



ที่ ศก ๐๐๒๓.๓/ว ๕๗/๕๐

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอกันทรารมย์, ราษีไศล, บึงบูรพ์, หน่วยงานที่รับผิดชอบ, องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ เทศบาลเมืองศรีสะเกษ และเทศบาลเมืองกันทรลักษ์

ตามหนังสือจังหวัดศรีสะเกษ ด่วนที่สุด ที่ ศก ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๘๔ ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๔ ได้ขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้ครู บุคลากรทางการศึกษาและนักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสำรวจข้อมูลจำนวนครูผู้ได้รับการฉีดวัคซีน และจำนวนนักเรียน อายุตั้งแต่ ๑๒ - ๑๘ ปี เพื่อเป็นข้อมูลเสนอขอรับการจัดสรรวัคซีน รายงานให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ

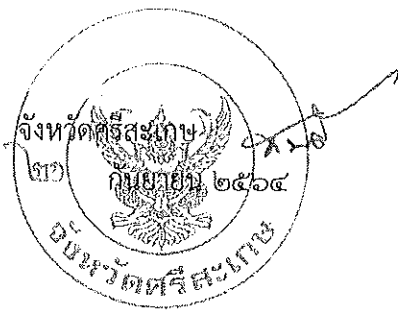
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่า กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดหาวัคซีนไฟเซอร์ สำหรับนักเรียน/นักศึกษาอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ดังนั้น เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดศรีสะเกษ จึงขอให้อำเภอดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานศึกษาจัดทำหนังสือแจ้งกำหนดการรับวัคซีนให้ผู้ปกครองทราบ รวมทั้งขออนุญาตให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ ทั้งนี้ ให้จัดส่งแบบสำรวจ ใบบินยอมรับวัคซีน และแบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนตามเอกสารที่กำหนดให้กับผู้ปกครอง

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ฐานข้อมูลตามแบบสำรวจที่จังหวัดศรีสะเกษแจ้งตามหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๘๔ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔ และปรับเพิ่มข้อมูลนักเรียนเพิ่มเติมตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก อายุ และความประสงค์ในการรับวัคซีน เพื่อรวบรวมข้อมูลจัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๔

๓. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสถานศึกษาในสังกัดที่จัดการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร่วมประชุมเตรียมความพร้อมรับการฉีดวัคซีนของนักเรียน ผ่านเพจ facebook : การศึกษาท้องถิ่นไทย ในวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป

รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๖.๓/ว ๒๐๖๗ ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๔ ที่แนบมาพร้อมนี้ สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ เทศบาลเมืองศรีสะเกษ และเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ ขอให้ดำเนินการเช่นเดียวกัน



การปฏิบัติ	
<input type="checkbox"/> สป.	<input type="checkbox"/> กสส.
<input type="checkbox"/> สบค.	<input type="checkbox"/> กยง.
<input type="checkbox"/> สบค.	<input checked="" type="checkbox"/> กศ.
<input type="checkbox"/> สบช.	<input type="checkbox"/> กจ.
<input type="checkbox"/> นตค.	
☆ สป.	
<input type="checkbox"/> ผ.ส.ก.	<input type="checkbox"/> ผ.ส.ท.
<input type="checkbox"/> ผ.ส.ค.	<input type="checkbox"/> ผ.ส.ท.

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร./โทรสาร ๐-๔๕๖๑-๓๗๘๖
ผู้ประสานงาน นางสาวขวัญสุดา พรรณมา ๐๘๒ ๑๕๕ ๖๔๖๗

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๖.๓/ว ๒๐๖๓



ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ทุกจังหวัด

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดบุรีรัมย์	
วันที่ 1๐๑45	วันที่ 21 กย 25๖๔ เวลา.....
<input type="checkbox"/> ๐๐23.1 บริหารทั่วไป	<input type="checkbox"/> ๐๐23.4 กลุ่มกฎหมาย
<input type="checkbox"/> ๐๐23.2 บริหารงานบุคคลท้องถิ่น	<input type="checkbox"/> ๐๐23.5 การเงินบัญชี
<input checked="" type="checkbox"/> ๐๐23.3 ส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น	

ตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๖.๓/ว ๑๙๓๑ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๔ ขอความร่วมมือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้ครู บุคลากรทางการศึกษา และนักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสำรวจข้อมูลจำนวนครูที่ได้รับการฉีดวัคซีน และจำนวนนักเรียน อายุตั้งแต่ ๑๒ - ๑๘ ปี เพื่อเป็นข้อมูลเสนอขอรับการจัดสรรวัคซีน รายงานให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ นั้น

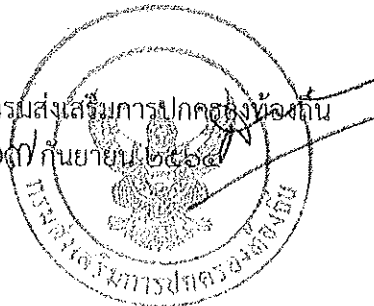
กระทรวงสาธารณสุขได้จัดหาวัคซีนไฟเซอร์ สำหรับนักเรียน/นักศึกษาอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ดังนั้น เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงขอความร่วมมือจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. ประสานงานกับสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เกี่ยวกับ กำหนดการให้บริการฉีดวัคซีน เพื่อแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานศึกษาจัดทำหนังสือแจ้ง กำหนดการรับวัคซีนให้ผู้ปกครองทราบ รวมทั้งขออนุญาตให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ ทั้งนี้ ให้จัดส่งแบบสำรวจ ใบยินยอมรับวัคซีน และแบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนตามเอกสารที่กำหนดให้กับผู้ปกครอง โดยมีรายละเอียดกำหนดการเตรียมความพร้อมฉีดวัคซีนตามเอกสารแนบท้าย

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ฐานข้อมูลตามแบบสำรวจที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้งตามหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๖.๓/ว ๑๙๓๑ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๔ และปรับเพิ่มข้อมูลนักเรียนเพิ่มเติมตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก อายุ และความประสงค์ในการรับวัคซีน เพื่อรวบรวมข้อมูลจัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๔ และให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดประสานการปฏิบัติกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศึกษาธิการจังหวัด ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

๓. มอบท้องถิ่นจังหวัดหรือผู้แทนเข้าร่วมประชุมเตรียมความพร้อมรับการฉีดวัคซีนของนักเรียน ในวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป ผ่านระบบ Zoom Meeting ID : 832 1604 1775 Passcode : 1234 และแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสถานศึกษาในสังกัดที่จัดการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และระดับอาชีวศึกษา ร่วมประชุมผ่าน เพจ facebook : การศึกษาท้องถิ่นไทย ต่อไปด้วย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
๑๓ กันยายน ๒๕๖๔

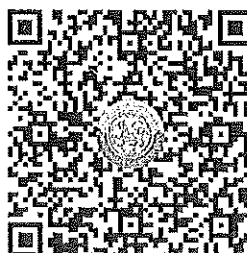


กองส่งเสริมและพัฒนากิจการการศึกษาท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมการจัดการศึกษาท้องถิ่น

โทร. ๐-๒๒๕๑-๙๐๐๐ ต่อ ๕๓๑๒

โทรสาร ๐-๒๒๕๑-๙๐๒๑-๓ ต่อ ๒๑๘



<https://bit.ly/3CnrNBg>

(ร่าง)

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer)

สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป

ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

หรือเทียบเท่า

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2564

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

ที่ปรึกษา

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

แพทย์หญิงวริยา เหลืองอ่อน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

คณะบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล

แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์

นายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย

แพทย์หญิงปิยดา อังศุวัชรากร

นางสาวปรางณพิชญ์ วิหารทอง

นายเผด็จศักดิ์ ขอบธรรม

ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ

ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

คำนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ เช่น คัดกรองและเฝ้าระวังโรค กักตัวผู้มีความเสี่ยง รักษาระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า งดจัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม เป็นต้น แต่สิ่งที่เป็นความหวังของรัฐบาลและประชาชนในขณะนี้ คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้น ๆ ว่า วัคซีนโควิด 19 นั้น ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีนดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการใช้วัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพของประเทศจะดำเนินการได้

เพื่อให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 6 หรือเทียบเท่า มีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีน Pfizer ในกลุ่มดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงได้จัดแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและทิศทางเดียวกัน โดยได้รับความกรุณาจากศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์ รวมถึงคณาจารย์จากโรงเรียนแพทย์ สมาคมและราชวิทยาลัยแพทย์สาขาต่าง ๆ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมโรคในการพิจารณาองค์ความรู้และขีดความสามารถอย่างดียิ่ง

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2564

สารบัญ

	หน้า
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 (Pfizer).....	1
การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน	2
1. วัตถุประสงค์.....	2
2. กลุ่มเป้าหมาย.....	2
3. พื้นที่ดำเนินการ.....	2
4. รูปแบบการดำเนินงาน.....	2
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2
6. การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน	3
ภาคผนวก	7
ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี) สำหรับครูประจำชั้น.....	1
ภาคผนวกที่ 2 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี) สำหรับโรงเรียน	2
ภาคผนวกที่ 3 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี) สำหรับโรงเรียน	3
ภาคผนวกที่ 4 แบบสำรวจและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 – 17 ปี) .	4
ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 – 17 ปี).....	6
ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี).....	7
ภาคผนวกที่ 7 แบบสรุปผลการให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12-17 ปี).....	6

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ที่ศึกษาอยู่ใน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

กรมควบคุมโรค

9 กันยายน 2564

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 (Pfizer)

วัคซีน Pfizer มีชื่อทางการค้า คือ Comirnaty เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ที่สามารถดำเนินการผลิตได้ง่าย รวดเร็ว กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี ในกรณีที่มีการกลายพันธุ์ของไวรัส จะปรับปรุงวัคซีนได้ง่าย มีข้อมูลการศึกษาและใช้จริงในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรป พบประสิทธิภาพสูงมาก รวมทั้งการศึกษาในประเทศอิสราเอล พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อทั้งหมด ได้ร้อยละ 95 ป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มีอาการได้ร้อยละ 91 ป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนัก และเสียชีวิตได้ ร้อยละ 97 และการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 70 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก และในประเทศสกอตแลนด์พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 91 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก มีข้อมูลการใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องว่าปลอดภัย และได้ผลดี และมีการรับรองและยอมรับสำหรับประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา อาจทำให้เกิดอุปสรรค น้อยกว่าในการต้องเดินทางเข้าเมืองในประเทศเหล่านั้น มีอาการข้างเคียงพบได้บ่อย ประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เนื่องจากเป็นเทคโนโลยีใหม่ จึงทำให้มีความกังวลถึงผลข้างเคียงในระยะยาว

ขนาดต่อโดส: วัคซีนไฟเซอร์ บรรจุในขวดแก้วสำหรับใช้หลายโดส (Multiple Dose Vial) ชนิด preservation free ในหนึ่งขวดบรรจุวัคซีน 0.45 มิลลิลิตร หลังจากเจือจางแล้ว 1 ขวดวัคซีนประกอบด้วย วัคซีน 6 โดส โดสละ 30 ไมโครกรัมใน 0.3 มิลลิลิตร

วิธีการฉีด: เข้าชั้นกล้ามเนื้อ

กำหนดการให้วัคซีน : กำหนดให้วัคซีน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์

อายุที่สามารถฉีดวัคซีนได้: 12 ปีขึ้นไป

การเก็บรักษาวัคซีน:

กรณีแช่แข็ง

- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -80 ถึง -60 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 6 เดือน
- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -25 ถึง -15 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 2 สัปดาห์

ละลายจากการแช่แข็ง

- เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 2 ถึง 8 องศาเซลเซียส สามารถเก็บได้สูงสุด 1 เดือน นับตั้งแต่นำออกจากอุณหภูมิติดลบ
- ขวดวัคซีนที่ยังไม่ได้เจือจาง สามารถเก็บได้ที่อุณหภูมิห้องได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลาในการละลาย

การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียนอายุ 12 ปี ขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

1. วัตถุประสงค์

เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

2. กลุ่มเป้าหมาย

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

3. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการพร้อมกัน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

4. รูปแบบการดำเนินงาน

กำหนดให้บริการวัคซีน Pfizer ผ่านสถาบันการศึกษา (รูปแบบวัคซีนนักเรียน) เช่น

- โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน
- สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.)
- โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

แห่งชาติ

- โรงเรียนสอนศาสนา กระทรวง.....

- สถาบันการศึกษาอื่นๆที่มีผู้มียอายุ 12 ปีขึ้นไป กำลังศึกษาอยู่ เช่น โรงเรียนทหาร

กระทรวงกลาโหม โรงเรียนคนพิการ กระทรวงพม เป็นต้น

ทั้งนี้ หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการให้วัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ดังนี้

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การดำเนินงาน
5.1	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หรือ คณะอนุกรรมการการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร 2. ประสานงานกระทรวงศึกษาธิการ ศึกษาธิการจังหวัด หรือ หน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อเตรียมการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน 3. สำรองเป้าหมาย จัดทำแผนจัดสรร และกำหนดช่วงเวลาเข้ารับ

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การดำเนินงาน
		<p>วัคซีนของนักเรียน</p> <p>4. กำหนดสถานบริการฉีดวัคซีน</p> <p>5. ประสานผู้บริหารโรงเรียนเพื่อนำนักเรียนเข้ารับวัคซีน</p> <p>6. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC</p>
5.2	กระทรวงศึกษาธิการ และ หน่วยงานต้นสังกัดของ สถานศึกษาอื่น ๆ	<p>1. กำกับติดตามการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน ตามนโยบายของประเทศ</p> <p>2. รวบรวมข้อมูลนักเรียนและแจ้งแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร</p>
5.3	สถานศึกษา	<p>1. ชี้แจงผู้ประกอบการเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีน และจัดส่ง คำแนะนำการให้วัคซีนและใบยินยอมให้นักเรียนฉีดวัคซีน</p> <p>2. แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด/กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบที่สำนักงานสาธารณสุข/ กรุงเทพมหานครกำหนดไว้</p>
5.4	สถานพยาบาล	<p>1. จัดระบบการให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจสอบใบ ยินยอม ชีกประวัติ คัดกรอง ฉีดวัคซีน นัดหมาย ออกเอกสาร รับรอง และเฝ้าระวัง AEFI</p> <p>2. รับ-จ่ายวัคซีน จัดเก็บวัคซีน และรายงานสถานะคงคลัง</p> <p>3. บันทึกผลการให้บริการในระบบ MoPH IC ให้ครบถ้วนทุกราย และเป็นปัจจุบัน</p>
5.5	กรมควบคุมโรค	<p>1. จัดส่งวัคซีน Pfizer และอุปกรณ์การฉีด (เริ่มส่ง ตุลาคม 64)</p> <p>2. ติดตามผลการฉีดวัคซีนในภาพรวมของประเทศ</p>

6. การให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน ฯ

เพื่อให้การดำเนินงานให้บริการวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนฯ มีประสิทธิภาพ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงควรมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

6.1 การเตรียมก่อนการให้บริการ

เนื่องจากวัคซีน Pfizer เป็นวัคซีนชนิดใหม่ที่ให้บริการในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการเตรียมการให้บริการ มีรายละเอียด ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและแผนการจัดสรรวัคซีน Pfizer จากกรมควบคุมโรค

2. ประสานศึกษาธิการจังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา เพื่อทราบจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 2 และแจ้งจำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีนมายังกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 3
 3. จัดทำแผนการดำเนินการให้วัคซีนสำหรับนักเรียน ประกอบด้วย กำหนดสถานบริการฉีดวัคซีน จำนวนนักเรียนที่รับการฉีดวัคซีน กำหนดช่วงเวลาเข้ารับวัคซีน แผนการจัดสรรวัคซีนระดับพื้นที่ตามจำนวนวัคซีนที่ได้รับแจ้งจากกรมควบคุมโรค
 4. แจ้งแผนการจัดส่งวัคซีน ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่ต้องจัดส่งวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่ต้องการ แก่กรมควบคุมโรค ภายหลังจากทราบยอดจัดสรรวัคซีนจากกรมควบคุมโรค
 5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC และการติดตามผลการให้บริการรายโรงเรียน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 6
 6. บริหารจัดการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน
- กรุงเทพมหานคร ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรุงเทพมหานคร ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร
 1. รับทราบนโยบายการดำเนินงานและแผนการจัดสรรวัคซีน Pfizer จากกรมควบคุมโรค
 2. ประสานศึกษาธิการจังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา เพื่อทราบจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 2 และแจ้งจำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีนมายังกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 3
 3. จัดทำแผนการดำเนินการให้วัคซีนสำหรับนักเรียน ประกอบด้วย กำหนดสถานบริการฉีดวัคซีน จำนวนนักเรียนที่รับการฉีดวัคซีน กำหนดช่วงเวลาเข้ารับวัคซีน แผนการจัดสรรวัคซีนระดับพื้นที่ตามจำนวนวัคซีนที่ได้รับแจ้งจากกรมควบคุมโรค
 4. แจ้งแผนการจัดส่งวัคซีน ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่ต้องจัดส่งวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่ต้องการ แก่กรมควบคุมโรค ภายหลังจากทราบยอดจัดสรรวัคซีนจากกรมควบคุมโรค
 5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC และการติดตามผลการให้บริการรายโรงเรียน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 6
 6. บริหารจัดการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน
 - สถานศึกษา
 1. สสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1-2
 2. ชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน และจัดส่งคำแนะนำการให้วัคซีนรวมทั้งใบยินยอมการรับวัคซีน รายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 4-5
 - สถานพยาบาล

จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐาน วัคซีน และสถานที่ให้วัคซีน ดังนี้

1. การเตรียมวัคซีน

- อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ สารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% ชนิดฉีดที่มี ปริมาตร ≥ 2 มิลลิลิตร กระจกฉีดยาและเข็มฉีดยา ชนิด Low Dead Volume และ อุปกรณ์อื่นๆ เช่น สำลี แอลกอฮอล์ ถุงมือ เป็นต้น
- การเตรียมวัคซีน สถานพยาบาลสามารถดำเนินการตามแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับวัคซีนบริจาค ลอต 1.5 ล้านโดส ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2564 หน้า 4-5

2. เตรียมสถานที่ให้บริการที่มีแพทย์/พยาบาล ดูแล และสามารถให้การช่วยเหลือได้ รวมถึงจุดให้บริการนอกสถานพยาบาล โดยจัดสถานที่แยกจุดรอบริการ จุดให้บริการ ที่นั่งเฝ้าสังเกตอาการ ให้เป็นสัดส่วนตามหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) พร้อมเตรียมวัสดุอุปกรณ์การฉีด อุปกรณ์กั๊ ชีพ และเตรียมระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุฉุกเฉิน

6.2 การให้บริการ

- ตรวจสอบความพร้อมก่อนให้บริการ ได้แก่ การกำหนดลำดับขบวนวัคซีนเรียงตามวันหมดอายุ ตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ครบถ้วนถูกต้องพร้อมใช้งาน
- ยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ
- ตรวจสอบใบยินยอมการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน (อายุ 12 ปีขึ้นไป)
- ชักประวัติ คัดกรอง และให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย
- ฉีดวัคซีนบริเวณต้นแขนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ตามขนาดและตำแหน่งที่กำหนดด้วยวิธี sterile technique หลังฉีดวัคซีนให้พักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที และบันทึกอาการก่อนกลับบ้าน
- ภายหลังฉีดให้เจ้าหน้าที่นัดหมายการฉีดวัคซีนเข็มถัดไปในระบบ MoPH IC และหากกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ขอให้ตรวจสอบและพิมพ์เอกสารรับรองเพื่อเป็นหลักฐานการได้รับวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมาย
- ในกรณีที่มีวัคซีน Pfizer ที่เหลือจากการฉีดกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า ครบถ้วนทุกคนแล้ว อาจพิจารณาบริหารจัดการวัคซีนที่เหลือดังกล่าวเพื่อประโยชน์สูงสุดในการป้องกันควบคุมโรคในสถานศึกษา โดยให้วัคซีนในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา เช่น ครู นักการภารโรง หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

6.3 การดำเนินงานหลังให้บริการ

- ให้นำหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน บันทึกผลการให้บริการวัคซีน Pfizer ของผู้รับ วัคซีนในระบบ MoPH Immunization Center ทุกราย ทั้งกรณีให้บริการภายในและ

ภายนอกสถานพยาบาล ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และการติดตามผลการให้บริการรายโรงเรียน รายชั้นปี ในพื้นที่รับผิดชอบ

- เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เนื่องจากวัคซีนโควิด 19 เป็นวัคซีนใหม่ที่พัฒนาและผลิตขึ้นอย่างเร่งด่วน ที่ใช้ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ประชาชน เพื่อเป็นการกำกับติดตามความปลอดภัยและประกันความมั่นใจของกลุ่มเป้าหมายต่อวัคซีนและงานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายละเอียดตามภาคผนวกที่.....

- การจัดการวัคซีนที่ใช้แล้ว



Timeline การฉีดวัคซีนให้กับนักเรียน

เริ่มฉีด ๑๑.๑.๖๔

6-17
ก.ย.

สถานศึกษาจัดทำข้อมูล
รายชื่อ/จำนวน นร.

17-22
ก.ย.

ประชาสัมพันธ์สร้าง
การรับรู้เรื่องวัคซีนกับ
ผู้ปกครอง

25-27
ก.ย.

สถานศึกษารายงาน อปท.
สรุปรายชื่อ นร.ที่ประสงค์จะรับ
การฉีดวัคซีน แล้วรายงาน สจจ.

22-24
ก.ย.

แจ้งผู้ปกครองอนุญาตให้
นร.รับการฉีดวัคซีน
+ แสดงความยินยอม

28-29
ก.ย.

สจจ.สรุปรายชื่อ/จำนวน นร.
ที่ประสงค์จะฉีดวัคซีนแจ้ง
ศจจ.+สสจ.

1
ต.ค.

อปท.+สถานศึกษา รับทราบและ
เตรียมความพร้อมด้านสถานที่
ร่วมกับสถานศึกษาในสังกัด

4 ตุลาคม
เริ่มการฉีดวัคซีน



รายละเอียดเพิ่มเติมโปรดดูจาก
สื่อโซเชียลมีเดีย สำนักงานเขตเมืองทองธานี
▶ <https://bit.ly/3d1lM2x>
▶ <https://bit.ly/3A7q9e1>

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน.....ชั้น.....ห้อง.....

สังกัด.....จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์ รับวัคซีน Pfizer	หมายเหตุ
1					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
2					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
3					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
4					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
5					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
6					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
7					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
8					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
9					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
10					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
11					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
12					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
13					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
14					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
15					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
16					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
17					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
18					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
19					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
20					<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	
	รวม				<input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	

- หมายเหตุ :
1. หากนักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถานศึกษา
 2. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง
 3. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

แบบสรุปลำหรับสถานศึกษา

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปลำหรับจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา

แบบสรุปลำหรับจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด.....จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปลำหรับจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับ	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
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 : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวบรวมส่งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเพื่อสรุปข้อมูลประสานการปฏิบัติกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด

แบบสรุปสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า
ที่มีความประสงค์รับวัคซีน Pfizer แยกแต่ละสถานศึกษา
สังกัด.....จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีน

ลำดับ	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)		หมายเหตุ
		ทั้งหมด	ประสงค์รับวัคซีน	
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 : ส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสรุปจำนวนนักเรียนที่มีความประสงค์รับวัคซีนของโรงเรียนในสังกัดแล้วรายงาน
สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเพื่อจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด
เพื่อบริหารจัดการวัคซีน

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ฉีดวัคซีนไฟเซอร์



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอวัยวะหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ในขณะนี้ (ณ วันที่ 15 กันยายน 2564) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย ให้ใช้ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป มีเพียงชนิดเดียว ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) และได้ผ่านการเห็นชอบให้ใช้วัคซีนดังกล่าวจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยวัคซีนนี้เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีนไฟเซอร์ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่มีไข้หรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปได้เองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรงดออกกำลังกายหนักหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่

การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังอาจทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบฉับพลัน โดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย หลอดลมตีบ หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ ในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปี ได้ โดยพบอาการดังกล่าวหลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมีพบในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่มหรือใจสั้น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้นพบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่แน่ใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั้น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั้น ซึ่งเป็นอาการที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือโทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์

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/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์โดยสมัครใจ
 ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ (ถ้ามี).....
และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ข้อควรระวังเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

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

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน Pfizer สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



ที่

โรงเรียน.....

กันยายน 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 หรือเทียบเท่า
เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบสำรวจและเอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/
นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 ชุด
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง
อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษาซึ่งศึกษาใน
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียน/นักศึกษา
ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 -6 หรือเทียบเท่า ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอ
ความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ เพื่อ
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่
.....รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร.