

Co-Vaccine

ขั้นตอนการให้งาน Web-based

1

บริหารจัดการ
ผู้ใช้ระบบ

2

เตรียมการ

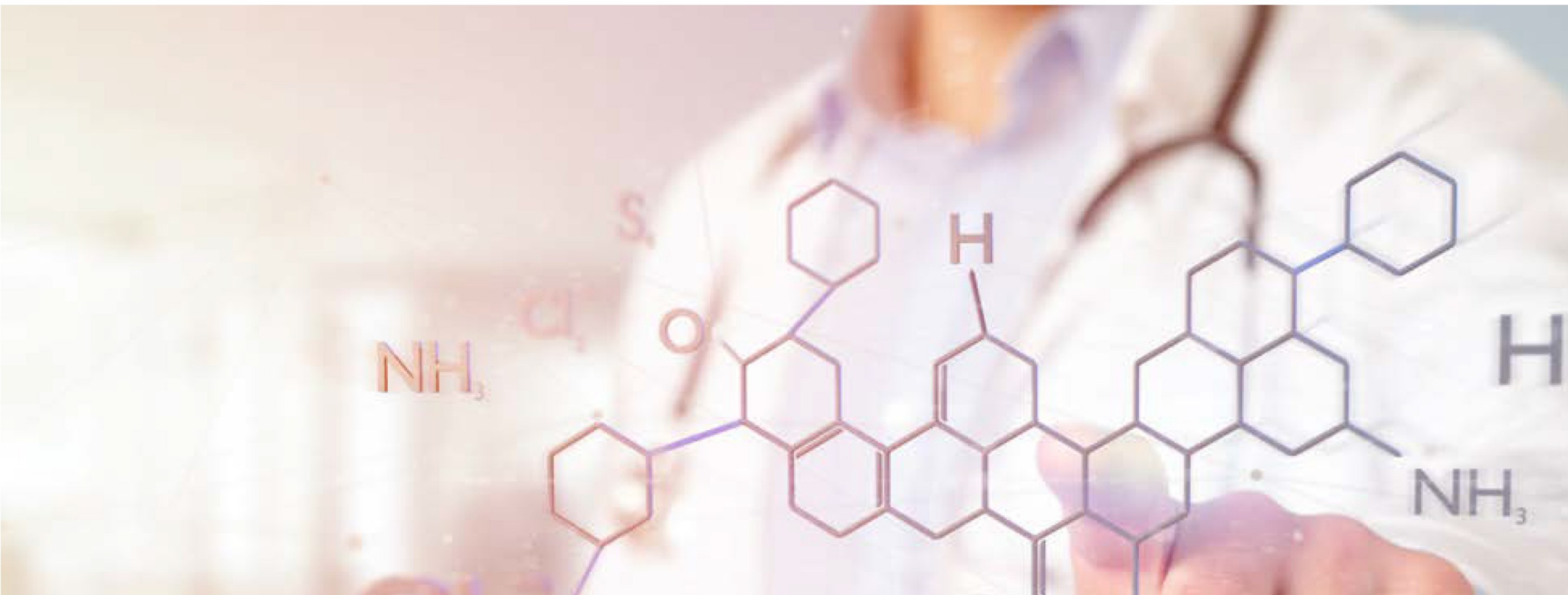
3

ปฏิบัติงาน

บริหารจัดการผู้ใช้ระบบ

[illegible]

เมนู เตรียมปฏิบัติงาน



เตรียมปฏิบัติงาน

☰ เตรียมปฏิบัติงาน

📅 แผนปฏิบัติงาน 1

- 👤 เพิ่มผู้ปฏิบัติงานในแผนฯ
- 📝 เพิ่มข้อมูลวัคซีน
- 🏢 ผูกวัคซีนกับกิจกรรม
- 🖨️ พิมพ์ QR Code วัคซีน
- 📁 จัดการไฟล์ดาวน์โหลด

หน้าแรก ดาวโหลด

แผนปฏิบัติงาน หน้าแรก 2

คำค้น รายละเอียด สถานะ ทั้งหมด ค้นหา + เพิ่มแผนปฏิบัติงาน

รายการแผนปฏิบัติงานทั้งหมด

รหัส	รายละเอียด	สถานที่	วันที่	สถานะ	จัดการ
4908	📍 Test ICT-MOPH	📍 ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี	24 ก.พ. 64 ถึง 24 ก.พ. 64	เปิด	✎ 🗑

ก่อนหน้า 1 ถัดไป

3

เพิ่ม แผนปฏิบัติงานการให้วัคซีน

ชื่อสถานที่/รายละเอียด

ศทส.

จังหวัด อำเภอ ตำบล

นนทบุรี เมืองนนทบุรี ตลาดขวัญ

วันที่เริ่มต้น วันที่สิ้นสุด สถานะ

2021-02-24 2021-02-24 เปิด

📝 แผนการให้วัคซีน

นัดครั้งถัดไปหลังจากครั้งแรก หรือ ครั้งล่าสุด 16 วัน

วันที่นัด รายละเอียด

2021-03-11 เข็มที่ 2 + -

บันทึก ปิด

เพิ่มผู้ปฏิบัติงานในแผน

เตรียมปฏิบัติงาน

 แผนปฏิบัติงาน

 เพิ่มผู้ปฏิบัติงานในแผน

 **เพิ่มข้อมูลวัคซีน**

 ผู้เกี่ยวข้องกับการพิจารณา

 พิมพ์ QR Code วัคซีน

 [จัดการไฟล์ดาวน์โหลด](#)

2

เพิ่มผู้ปฏิบัติงานในแผนการปฏิบัติงาน

หน้าแรก / สำหรับผู้ใช้งาน

☒ เลือกแผนปฏิบัติงาน เฉพาะที่เปิดใช้งานและยังไม่เกิน 30 วันจากวันที่สิ้นสุด

4908 : Test ICT-MOPH ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี

Test ICT-MOPH

👥 ผู้ใช้งานในสถานพยาบาล

[illegible]

ผูกวัคซีนกับกิจกรรม

เตรียมปฏิบัติงาน

แผนปฏิบัติงาน

เพิ่มผู้ปฏิบัติงานในแผนฯ

เพิ่มข้อมูลวัคซีน

ผูกวัคซีนกับกิจกรรม

พิมพ์ QR Code วัคซีน

จัดการไฟล์ดาวโหลด

ออกปฏิบัติงาน

หน้าแรก

ดาวโหลด

กำหนดกิจกรรมกับวัคซีน

หน้าแรก / สำหรับผู้ใช้งาน

แผนปฏิบัติงาน 4908 : Test ICT-MOPH ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี

กิจกรรม Dose 1 2021-02-20

ค้นหา Vaccine

Serial No.

บริษัทผู้ผลิต ทั้งหมด

ค้นหา

หมายเลข Serial	บริษัทผู้ผลิต	หมายเลข Lot	วันหมดอายุ	เลือก
ไม่พบข้อมูล				

Vaccine ที่เลือก

หมายเลข Serial	บริษัทผู้ผลิต	หมายเลข Lot	วันหมดอายุ	เลือก
001	AstraZeneca	no1	31 มี.ค. 2564	

ก่อนหน้า

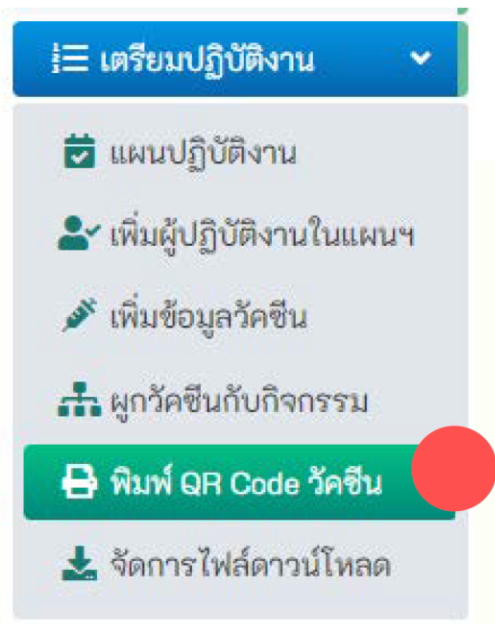
1

ถัดไป

บันทึก

ยกเลิก

พิมพ์ QR Code วัคซีน

[illegible]

เมนู ออกปฏิบัติงาน



ลงทะเบียนผู้รับวัคซีน

 ออกปฏิบัติงาน

 **ลงทะเบียนผู้รับวัคซีน**

 รายการลงทะเบียน

 คัดกรองก่อนให้วัคซีน

 การให้วัคซีน

 จุดตรวจสอบก่อนกลับบ้าน

 ติดตามอาการ

 ดาวน์โหลดข้อมูล

หน้าแรก

ดาวน์โหลด

เพิ่มข้อมูลลงทะเบียนผู้รับวัคซีน

หน้าแรก / สำหรับผู้ใช้งาน

แผนปฏิบัติงาน 4908 : Test ICT-MOPH ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี

กิจกรรม Dose 1 2021-02-20 [เปลี่ยน](#)

เบอร์โทรศัพท์

เบอร์โทรศัพท์

CID

รหัสประจำตัวประชาชน

ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ

นามสกุล

ค้นหา

☐ ใช้เครื่องอ่านบัตร  คู่มือ ☐ ตรวจสอบว่ามีสิทธิเข้ารับวัคซีนหรือไม่

ข้อมูลส่วนบุคคล

CID / Passport No.

คำนำหน้า

ชื่อ

นามสกุล

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

วันเกิด (ปี-เดือน-วัน)

สถานภาพ

เบอร์โทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์

สิทธิที่รับบริการ

ประเภทบุคคล

สัญชาติ

ข้อมูลที่อยู่

ที่อยู่

หมู่ที่

ถนน

จังหวัด

อำเภอ

ตำบล

กรุณาเลือก

พิมพ์ชื่ออำเภออย่างน้อย 3 ตัวอักษร

บันทึกข้อมูล

ยกเลิก

คัดกรองก่อนให้วัคซีน

ออกปฏิบัติงาน

ลงทะเบียนผู้รับวัคซีน

รายการลงทะเบียน

คัดกรองก่อนให้วัคซีน

การให้วัคซีน

จุดตรวจสอบก่อนกลับบ้าน

ติดตามอาการ

ดาวน์โหลดข้อมูล

คัดกรองก่อนให้วัคซีน

guid

Scan

เลขประจำตัวประชาชน

อ่านบัตร

ค้นหา

ข้อมูลผู้เข้ารับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูลทั่วไป)

เลขประจำตัวประชาชน...

เพศ

ประเภทบุคคล

ชื่อ-สกุล

วันเกิด

สิทธิที่เข้ารับบริการ

ข้อมูลการติดต่อ (ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์)

ที่อยู่

มือถือ

หมายเลขโทรศัพท์

โรคประจำตัว

สุขภาพ / Vital sign

คัดกรอง และเซ็นหนังสือยินยอม

โรคทางเดินหายใจ

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคไตเรื้อรัง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน

อื่นๆ ระบุ

บันทึกข้อมูล

ยกเลิก

โรคประจำตัว

สุขภาพ / Vital sign

คัดกรอง และเซ็นหนังสือยินยอม

แบบสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณอายุน้อยกว่า 18 ปี	☐	☒
2	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์	☐	☒
3	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีน อย่างรุนแรง	☐	☒
4	คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา	☐	☒
	กรเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน	☐	☒
	ประจำตัวที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น	☐	☒
	เลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด	☐	☒
	รเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ	☐	☒
	อาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ หรือปวดเมื่อยตามต้น	☐	☒
	จพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา	☐	☒

ยินยอมให้ฉีดวัคซีน ☐ ยอมรับ ☒ ไม่ยอมรับ

สถานะผู้ให้การยินยอม ☒ ผู้รับบริการ ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

เกี่ยวข้องกับ

ท่านจะทำการแทน

พยาน

พยาน

บันทึกข้อมูล

ยกเลิก

การให้วัคซีน

👤 ออกปฏิบัติงาน

👤 ลงทะเบียนผู้รับวัคซีน

☰ รายการลงทะเบียน

❓ คัดกรองก่อนให้วัคซีน

📄 การให้วัคซีน

✅ จุดตรวจสอบก่อนกลับบ้าน

☰ ติดตามอาการ

📄 ดาวน์โหลดข้อมูล

หน้าแรก

ดาวโหลด

หน้าแรก / สำหรับผู้ใช้งาน

การให้วัคซีน

๘๘๘ guid

Scan

 เลขประจำตัวประชาชน

อ่านบัตร ค้นหา

ข้อมูลผู้เข้ารับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูลทั่วไป)

เลขประจำตัวประชาชน
เพศ
ประเภทบุคคล

ชื่อ-สกุล
วันเกิด
สิทธิที่เข้ารับบริการ

ข้อมูลการติดต่อ (ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์)

ที่อยู่
มือถือ

หมายเลขโทรศัพท์

ข้อมูลการให้วัคซีน

ผู้ให้บริการ (ผู้ให้ผลการ)

กรุณาเลือก

หมายเลข Serial
Serial No. Enter...

×

เวลาที่ฉีดวัคซีน
18 : 17

หมายเลข Lot

กรุณา Scan

ข้อมูลการนัด

ครั้งที่

วันที่นัด

รายละเอียด

ไม่มีข้อมูล

ติดตาม Line หมอพร้อมแล้ว

แจ้งเตือนการ 30 นาที

เกิดอาการไม่พึงประสงค์

บันทึกข้อมูล

ยกเลิก

จุดตรวจสอบก่อนกลับบ้าน

 ออกปฏิบัติงาน

 ลงทะเบียนผู้รับวัคซีน

 รายการลงทะเบียน

 คัดกรองก่อนให้วัคซีน

 การให้วัคซีน

 **จุดตรวจสอบก่อนกลับบ้าน**

 ติดตามอาการ

 ดาวน์โหลดข้อมูล

จุดตรวจสอบก่อนกลับบ้าน

หน้าแรก / สำหรับผู้ใช้งาน

guid

Scan

เลขประจำตัวประชาชน

อ่านบัตร

ค้นหา

ข้อมูลผู้เข้ารับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูลทั่วไป)

เลขประจำตัวประชาชน... ชื่อ-สกุล
เพศ วันเกิด
ประเภทบุคคล สิทธิที่เข้ารับบริการ

ข้อมูลการติดต่อ (ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์)

ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
มือถือ

ข้อมูลการนัด

ติดตั้ง Line หมดพร้อมแล้ว

พิมพ์ใบนัด

ครั้งที่	วันนัด	รายละเอียด
ไม่มีข้อมูล		

บันทึกอาการหลังฉีดวัคซีน 30 นาที

เกิดอาการไม่พึงประสงค์

เวลาที่สามารถกลับบ้านได้

✖ 17:39 น.

ตรวจสอบแล้วอนุญาตให้กลับบ้านได้

ภาคผนวก 1 ตัวอย่างใบนัดหมายรับวัคซีน

บัตรนัดรับวัคซีนโควิด 19						
ข้อมูลผู้รับบริการ	ชื่อ-นามสกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... หมายเลขบัตรประชาชน/พาสปอร์ต..... หมายเลข HN.....					
นัดรับวัคซีน	เข็มที่	วันนัดรับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี)	เวลา	สถานพยาบาล		
	เข็มที่ 1		น.			
	เข็มที่ 2		น.			
ข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีน	เข็มที่	วันที่ได้รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี)	ชื่อการค้าวัคซีน	รุ่นการผลิต (Lot No.)	สถานพยาบาล	ลายมือเจ้าหน้าที่
	เข็มที่ 1					
	เข็มที่ 2					

หากมีอาการดังต่อไปนี้ หลังได้รับวัคซีน รีบไปพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือโทร 1669

เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

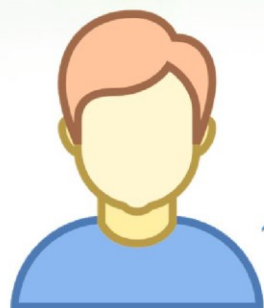
- ไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะรุนแรง
- เหนื่อยแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือ หายใจไม่ออก
- อาเจียน มากกว่า 5 ครั้ง
- ผื่นขึ้นทั้งตัว ผื่นหนังลอก
- มีจุด (จ้ำ) เลือดออกจำนวนมาก
- ใบหน้าเขียว หรือ ปากเขียว
- แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถทรงตัวได้
- ต่อมาน้ำเหลืองโต
- ชัก หรือหมดสติ

<https://youtu.be/ietlHxBHGBY>

การติดตาม AEFI



ข้อมูลการได้รับวัคซีน



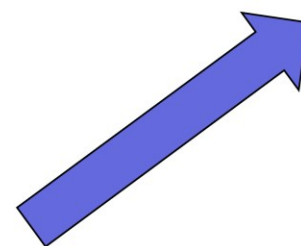
หน่วยงาน
วันที่/เวลา
ข้อมูลวัคซีน
(เข็มที่ ชื่อ บริษัท Lot. วันหมดอายุ)
ผู้ฉีด
การนัดมาฉีดเข็ม 2



Immunization Center



การเกิด AEFI
หลังฉีด 30 นาที



การเกิด AEFI
กลับบ้าน

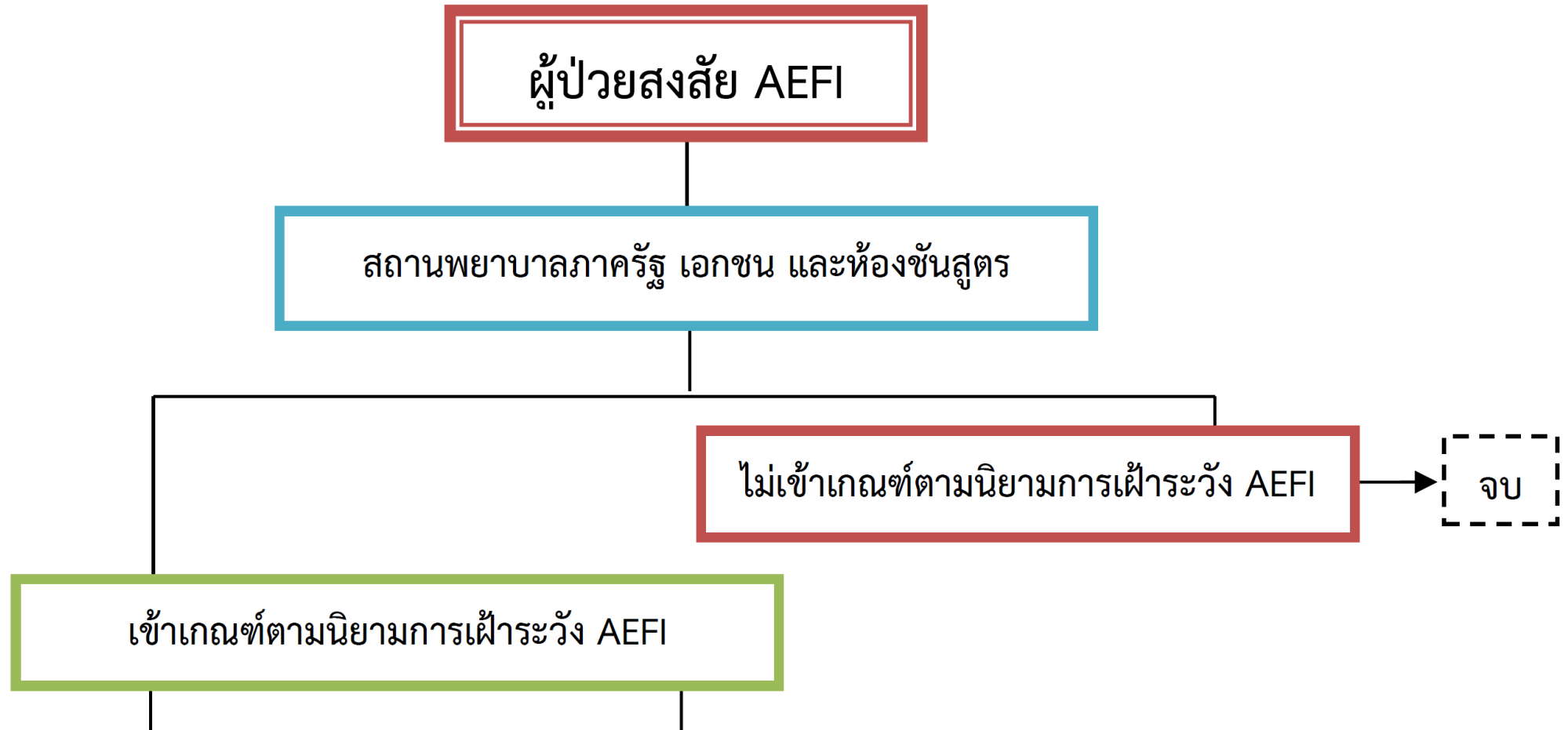


หมอพร้อม



ติดตาม AEFI day 1, 7, 30 โดย หมอพร้อม หรือติดตามโดยโรงพยาบาล

แผนผังที่ 1 การดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19



1. นียามการรายงานผู้ป่วย AEFI

ผู้ป่วยที่มี อาการหรือมีความผิดปกติ ที่เกิดขึ้น
ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ครั้งสุดท้าย ภายใน 4 สัปดาห์

อาการหรือความผิดปกติ

1. เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน
2. อาการทางระบบประสาททุกชนิด
(Neurological syndrome)
เช่น ชัก กล้ามเนื้ออ่อนแรง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
3. อาการแพ้รุนแรง
เช่น Anaphylaxis, Severe allergic reaction
4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต
5. อาการไข้สูงและบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดมากกว่า 3 วัน

อาการหรือความผิดปกติ

6. ผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล

7. ภาวะหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการ
สร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรค

7.1 อาการที่ไม่รุนแรง เช่น ไข้ตั้งแต่ 38.5°C อาการ
กรีดร้องนาน

7.2 พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนภายหลังได้รับการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันโรค (Cluster)



เข้าเกณฑ์ตามนियามการเฝ้าระวัง AEFI

เกณฑ์การรายงานตามกฎหมาย (พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558)

รวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ AEFI
ทุกเหตุการณ์ ลงในแบบรายงาน AEFI1

ภายใน 7 วัน
นับจากวันที่พบผู้ป่วย

บันทึกข้อมูลจากแบบ AEFI1
ลงในโปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึง
ประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(AEFI DDC)

กรณีที่ต้องรายงานเพื่อการติดตามและการสอบสวนเพิ่มเติม ได้แก่

1. เหตุการณ์ที่ร้ายแรง (Serious AEFI)
2. เหตุการณ์ที่เป็นกลุ่มก้อน (AEFI cluster)
3. เหตุการณ์ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการให้วัคซีน
4. เหตุการณ์ที่สร้างความกังวลหรือความตระหนกอย่างมากต่อ
ครอบครัวและชุมชน

ภายใน 24 ชั่วโมง
นับจากวันที่พบผู้ป่วย

- สอบสวนโรค
- กรอกแบบสอบสวน AEFI2

เชื่อมโยง
กับฐาน
ข้อมูล SAT

- SAT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- SAT สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
- SAT สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
- SAT สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
- SAT กรมควบคุมโรค

SAT กรมควบคุมโรค

รายงาน DCIR
ต่อผู้บริหารกรมควบคุมโรค
ภายใน 30 นาที

แผนผังที่ 2 แนวทางติดตามความปลอดภัยเชิงรุกของวัคซีนโควิด-19 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน

ทีมบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องใน รพ. ประชุม/หารือร่วมกันในการวางแผนเฝ้าระวัง/ติดตามการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AEs) จากการใช้วัคซีนโควิด-19
และกำหนดบุคคลที่จะเป็นผู้ประสานงานหลัก (Focal point) ในการติดตาม และเก็บรวบรวมข้อมูล AEs

จุดเริ่มต้นเข็มที่ 1,2

Day 0 (วันที่ฉีดยา)

พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ลงทะเบียนผู้รับวัคซีน (ซึ่งอาจลงทะเบียนการจองวัคซีนไว้ล่วงหน้าแล้ว)
(ระบุข้อมูล ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด เพศ ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว)

ผ่าน App

ไม่ผ่าน App

เชื่อมโยงข้อมูลวัคซีน และข้อมูลการฉีดวัคซีน
เข้า App อัตโนมัติ (ระบุข้อมูล ชื่อวัคซีน Lot no.
ครั้งที่ฉีด และวัน/เวลาที่ได้รับวัคซีน)

เชื่อมโยงข้อมูลวัคซีน และข้อมูลการฉีดวัคซีน
ของ ร.พ. เข้า Web base portal อัตโนมัติ (ระบุข้อมูล ชื่อวัคซีน
Lot no. ครั้งที่ฉีด และวัน/เวลาที่ได้รับวัคซีน)

ฉีดวัคซีนให้กับผู้ที่ลงทะเบียน

เฝ้าระวังการเกิด AEs 30 นาที หลังฉีดวัคซีน และเจ้าหน้าที่ ให้ความรู้การติดตาม สังเกต AEs ที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังได้รับวัคซีน การประเมินอาการและการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการดังกล่าว พร้อมทั้งแจก Patient card ให้กับผู้รับวัคซีน (และแจ้งผู้ไม่มี APP จัดบันทึกข้อมูล AE เพื่อแจ้งต่อ Focal point)

ผ่าน App

ไม่ผ่าน App

ผู้ได้รับวัคซีนบันทึกข้อมูล AE
(ทั้งที่เกิด AE และ ไม่เกิด AE)
ผ่าน App

เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล AE
(ทั้งที่เกิด AE และ ไม่เกิด AE)
ผ่าน Hospital web based

Day 1, 7, 30
หลังที่ฉีดยา

Day 1, 7, 30
หลังที่ฉีดยา

App แจ้งเตือนการติดตาม AE
ครั้งต่อไป ในวันที่ 1, 7 และ 30
ภายหลังการฉีดวัคซีน ให้ผู้รับ
วัคซีนโดยอัตโนมัติ

กรณีผู้รับวัคซีนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
ที่เข้าตามเกณฑ์การรายงานเพื่อติดตามผล
และสอบสวน ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการ
แผนภูมิการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด 19

แจ้งรายชื่อ
ผู้ที่ได้รับวัคซีน
แก่ Focal point

Focal point ติดตาม AE
ครั้งต่อไป ในวันที่ 1, 7 และ 30
ภายหลังการฉีดวัคซีน
(อาจมีทีม อสม.ร่วมติดตาม)

ตัวอย่างการสอบถามอาการ เช่น

- ☐ 1.ปวด บวม แดง ร้อน คัน ณ บริเวณที่ฉีด (Injection site reaction)
- ☐ 2.ไข้ (Fever)
- ☐ 3.ปวดศีรษะ (Headache)
- ☐ 4.เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Fatigue)
- ☐ 5.ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia)
- ☐ 6.คลื่นไส้ (Nausea)
- ☐ 7.อาเจียน (Vomiting)
- ☐ 8.ท้องเสีย (Diarrhea)
- ☐ 9.ผื่น (rash) เช่น ผื่นแดง ผื่นคัน ผื่นลมพิษขึ้นตามตัว
- ☐ 10.บวม (Edema) เช่น หน้าบวม คอบวม บวมทั่วร่างกาย
- ☐ 11.ปวดข้อ* (Joint pain) ปวดเมื่อยตามตัว* ไม่สบายตัว*
- ☐ 12.หน้ามืด (Faint) หหมดสติ (Unconscious)
- ☐ 13.แน่นหน้าอก (Chest tightness) หายใจไม่สะดวก (Shortness of breath)
- ☐ 14.ใจสั่น (Palpitations)
- ☐ 15.กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Muscle weakness) เช่น ☐ กล้ามเนื้อแขน/ขาอ่อนแรง
- ☐ 16.หน้าเบี้ยว (Facial paralysis, Facial palsy)
- ☐ 17.ชัก (Seizures) หรือ ชักร่วมกับมีไข้
- ☐ 18.อาการอื่น ๆ เช่น เลือดไหลไม่หยุด เลือกออกผิดปกติ เป็นต้น

โปรดระบุ.....

(อาการไม่สบายตัว* ปวดเมื่อยตามตัว* ปวดข้อ* อ่อนเพลีย* : หากเป็นผู้สูงอายุอาจมีอาการตั้งแต่ก่อนฉีดวัคซีนอยู่แล้ว หากเป็น
เช่นนี้ ควรสอบถามว่า หากเทียบกับก่อนได้รับวัคซีน อาการเป็นอาการปกติที่เป็นหรือรุนแรงกว่าปกติ)

การเฝ้าระวังกลุ่มอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนโควิด 19

(Adverse Event of Special Interest) : AESI

เพื่อเสริมระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนโควิด19 จึงได้ดำเนินการเฝ้าระวังกลุ่มอาการที่อาจเกี่ยวข้อง แบบเฉพาะพื้นที่ (Sentinel surveillance) ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค และได้รับวัคซีนโควิด 19 ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขโดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จะได้แจ้งรายชื่อโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ดำเนินการต่อไป

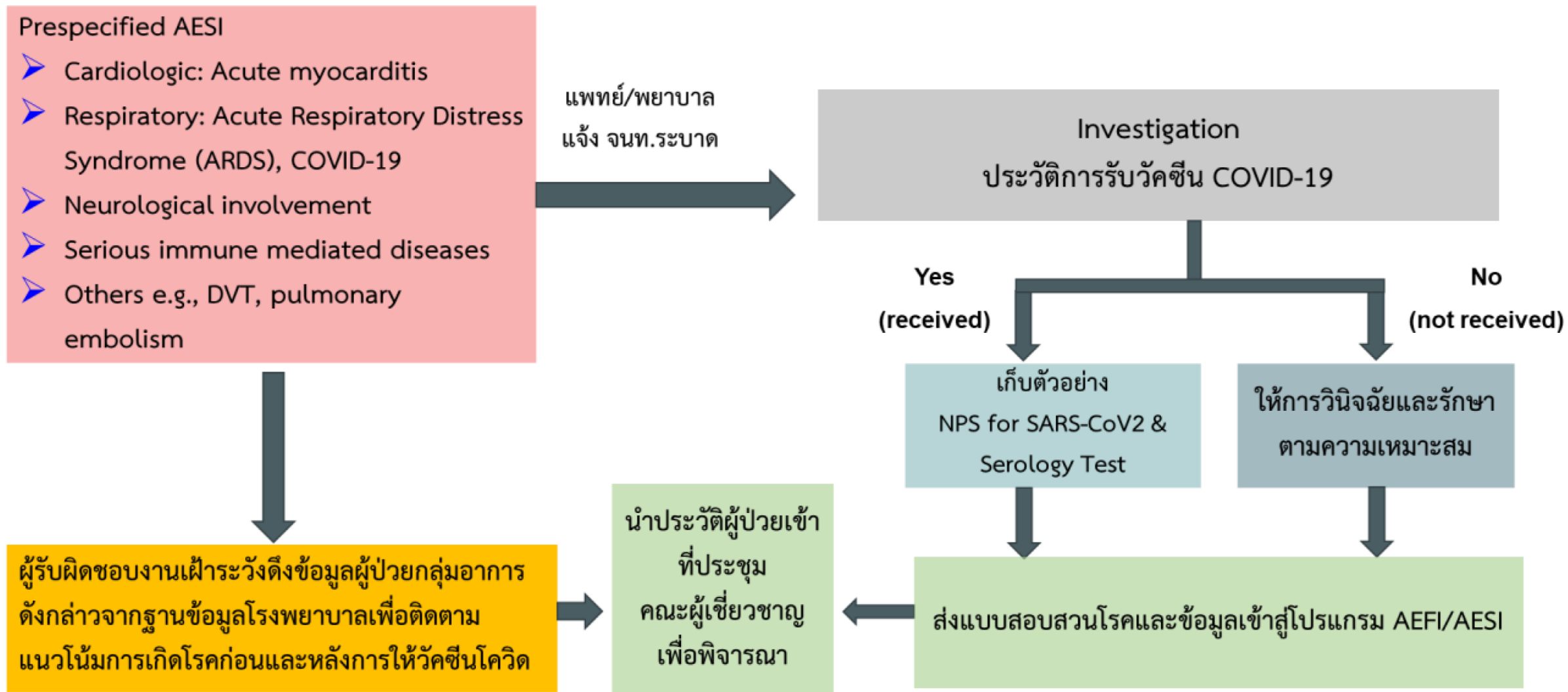
แนวทางการดำเนินงาน

เมื่อพบผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล โดยไม่จำกัดเพศ อายุ ที่มีกลุ่มอาการเฝ้าระวัง (ตารางที่ 6) ให้ดำเนินการ ดังนี้

- ประสานแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล หากพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคและกลุ่มอาการเฝ้าระวังในตารางที่ 1 ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการสอบสวนโรค และตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม AESI
- กรณีที่มีประวัติการได้รับวัคซีน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสอบสวนโรค ทำการสอบสวนโรคโดยใช้แบบสอบสวน AEFI1/ AEFI2
- เก็บตัวอย่าง Nasal Pharyngeal Swab (NPS) และตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อและภูมิคุ้มกันชนิด IgM IgG ต่อเชื้อ SARS-CoV2
- บันทึกข้อมูลในแบบสอบสวนโรค และส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ (AEFI Program)

ผู้รับผิดชอบเตรียมข้อมูลประวัติการรับวัคซีนโควิด 19 และประวัติการรักษาของผู้ป่วย นำเสนอคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนโควิด 19

แผนผังที่ 3 แสดงแนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนโควิด 19



การบันทึกข้อมูลการติดตามการแพ้วัคซีนจาก Web Application

- 5.1. เลือกแบบ การติดตาม AEFL
- 5.2. กดที่ปุ่ม เพิ่ม
- 5.3. กรอก แหล่งข้อมูล และ วันที่ติดตาม
- 5.4. ตีถูก ข้ออาการที่พบ
- 5.5. กดปุ่มบันทึก

UnitHospitalPatientVisitEntryForm

ข้อมูลการรับ Vaccine

HN 600023181 ชื่อ นายทศ
บ้านเลขที่ 132 หมู่ 1

ข้อมูลการรับ Vaccine การติดตาม AEFL แผนก

1 เลือกแบบ การติดตาม AEFL

2 กดที่ปุ่ม เพิ่ม

3 กรอก แหล่งข้อมูล และ วันที่ติดตาม

4 ตีถูก ข้ออาการที่พบ

5 กดที่ปุ่มบันทึก

ข้อมูลการติดตาม AEFI ตามระยะเวลา

แหล่งข้อมูล จากการติดตาม
วันที่ติดตาม

อาการที่พบ

- ☐ ไข้สูง หรือปวดศีรษะรุนแรง
- ☐ เหนื่อยแน่นหน้าอก หรือ หายใจไม่ออก
- ☐ คลื่นไส้ อาเจียน มากกว่า 5 ครั้ง
- ☐ ผื่นขึ้นทั้งตัว หรือมีจุดเลือดออกจำนวนมาก
- ☐ ปากเขียว หรือกลืนเนื้ออ่อนแรง
- ☐ ชัก หรือหมดสติ
- ☐ ไข้ต่ำๆ หรือปวดศีรษะ
- ☐ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- ☐ ปวดบวมแดง ร้อน บริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ☐ อาการอื่นๆ เช่น ท้องเสีย ผื่นแดงเล็กน้อย

บันทึก

ปิด

Vaccination Certification



เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประเทศไทย

(THAILAND NATIONAL CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)



ชื่อ นามสกุล

Name - Last name.....

เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน..... เลขที่หนังสือเดินทาง.....

Sex Date of Birth ID Card Number Passport Number

ที่อยู่.....

Address

โปรดเก็บเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประเทศไทย เพื่อใช้แสดงว่าท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ครบตามเกณฑ์แล้ว โดยเอกสารรับรองนี้จะต้องมีชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้ออกใบรับรอง และระบุสถานที่ให้บริการวัคซีน

Please keep this card, which includes medical information about the vaccines you have received. Whose name follows. Has on the date indicated been vaccinated against COVID-19.

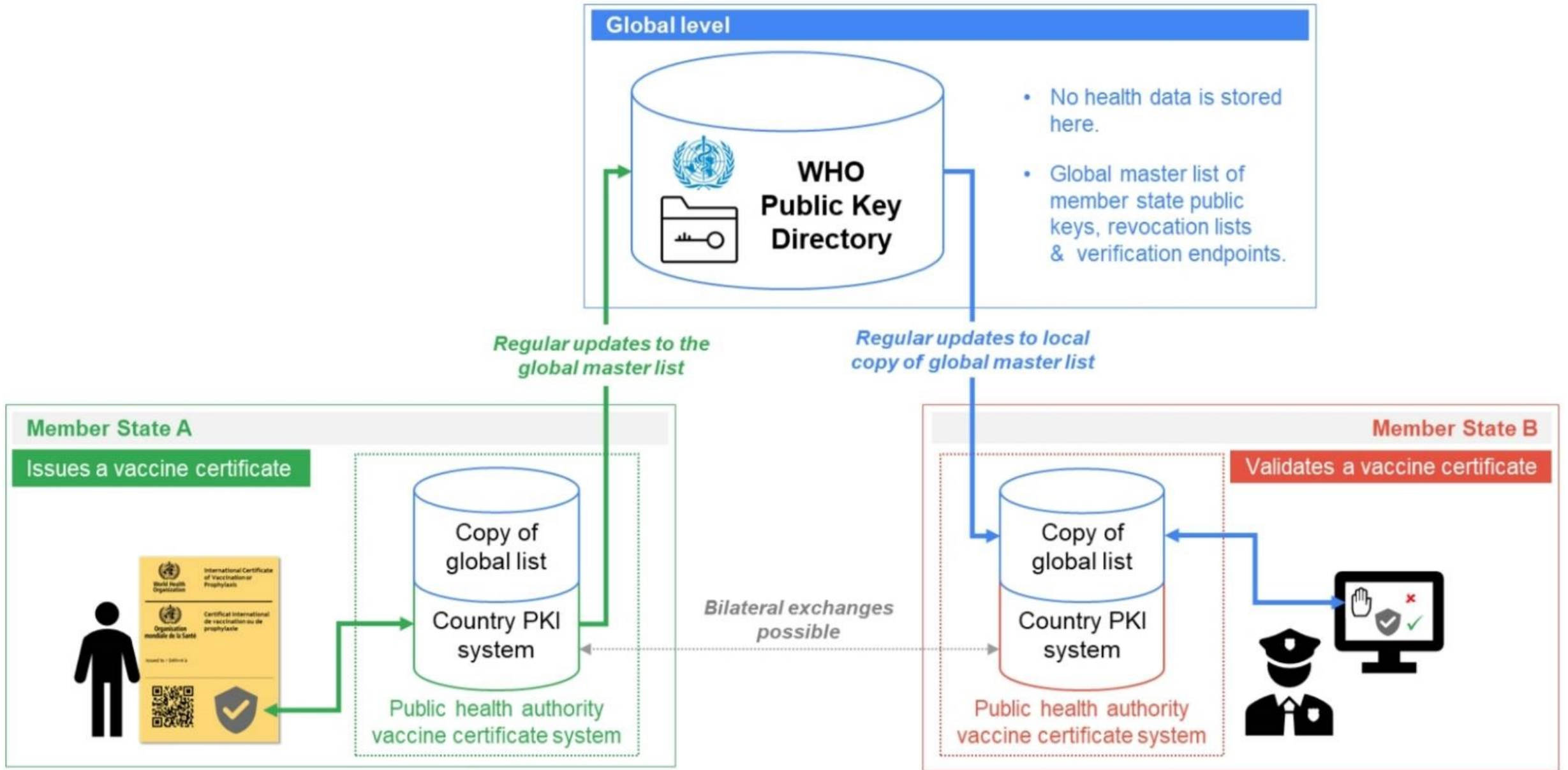
ข้อมูลการได้รับ วัคซีน (Vaccination History)	เข็มที่ (Dose)	วันที่ได้รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี) (Date of Vaccination)	ชื่อการค้าวัคซีน (Name of Vaccine)	ชื่อบริษัทผู้ผลิตวัคซีน (Manufacturer)	รุ่นการผลิต (Lot Number)	หน่วยบริการฉีดวัคซีน (Place of Service)	หมายเหตุ (Note)
	เข็มที่ 1 (1 st dose)						
	เข็มที่ 2 (2 nd dose)						

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ออกใบรับรอง

(Name of Certificate Authority)

หมายเหตุ: QR CODE เพื่อใช้ตรวจสอบข้อมูลจากระบบ MOPH Immunization Center

Figure 3. WHO Public Key Directory



Summary

- White list preparation
- HIS API / Co-vaccine
- cvp1.moph.go.th (Dashboard Monitoring)
- Operation (8 processes)
- Tools (Computer, Internet, 2D barcode scanner, printer, sticker printer)
- AEFI/AESI
- Vaccination Certification