

阿斯特捷利康 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

การประเมินการฉีดวัคซีน AstraZeneca COVID-19 และหนังสือแสดงเจตจำนง

已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解阿斯特捷利康 (AstraZeneca) COVID-19 疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

ข้าพเจ้าได้อ่านคำแนะนำในการฉีดวัคซีน COVID-19 อย่างละเอียด เข้าใจประสิทธิภาพในการป้องกันผลข้างเคียง ข้อห้าม และข้อควรระวังของวัคซีน AstraZeneca COVID-19 และตกลงที่จะฉีดวัคซีนหลังการประเมินโดยแพทย์

評估內容 เนื้อหาการประเมิน	評估結果 ผลการประเมิน	
	是 ใช่	否 ไม่ใช่/ใช่
1. 過去是否曾發生血栓合併血小板低下症候群，或肝素引起之血小板低下症。 เคยเกิดลิ่มเลือดอุดตันด้วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำหรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่เกิดจากเฮปารินหรือไม่		
2. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。 มีประวัติอาการแพ้วัคซีนหรือยารุนแรงหรือไม่		
3. 現在身體有無不適病徵 (如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。 ร่างกายมีอาการไม่สบายหรือไม่ (เช่น มีไข้ 38°C อาเจียน หายใจลำบาก เป็นต้น)		
4. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。 เป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำรวมทั้งผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยสารยับยั้งภูมิคุ้มกันหรือไม่		
5. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。 ได้รับวัคซีนอื่นๆ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่		
6. 目前是否懷孕。 กำลังตั้งครรภ์หรือไม่		
7. 體溫อุณหภูมิร่างกาย : °C		

被接種者姓名 : _____ 身分證 / 居留證 / 護照字號 : _____
ชื่อ นามสกุลผู้ฉีดวัคซีน : _____ เลขที่บัตรประชาชน/กามา/หนังสือเดินทาง :

出生日期 : (西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話 : _____
ว/ด/ป เกิด : (ปี ค.ศ.) _____ เดือน _____ วันที่ _____ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ :

居住地址 : _____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____
ที่อยู่อาศัย : _____ มณฑลและเมือง _____ เขตเมือง _____

立意願書人 : _____ 身分證 / 居留證 / 護照字號 : _____
ผู้ทำหนังสือ : _____ เลขที่บัตรประชาชน/กามา/หนังสือเดินทาง :

本人簽名 關係人ความสัมพันธ์ : 被接種者之 _____ ของผู้ฉีดวัคซีน

◆ 醫師評估 การประเมินโดยแพทย์

適合接種 ฉีดวัคซีนได้
 不適宜接種 ฉีดวัคซีนไม่ได้ ; 原因เหตุผล : _____

評估日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
วันที่ประเมิน : ปี _____ เดือน _____ วันที่ _____

醫療院所十碼代碼 : _____
รหัส 10 หลักสำหรับสถานบันทางการแพทย์

醫師簽章 : _____
ลายเซ็นแพทย์

阿斯特捷利康 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

AstraZeneca COVID-19 Vaccination Assessment and Letter of Intent

已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解阿斯特捷利康 (AstraZeneca) COVID-19 疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

I have read the COVID-19 vaccination instructions carefully, understand the protective efficacy, side effects, contraindications and precautions of the AstraZeneca COVID-19 vaccine, and agree to vaccination after evaluation by a physician.

評估內容 Evaluation Content	評估結果 Evaluation result	
	是 Yes	否 No
1. 過去是否曾發生血栓合併血小板低下症候群，或肝素引起之血小板低下症。 Have you ever experienced thrombosis with thrombocytopenia syndrome, or thrombocytopenia caused by heparin in the past?		
2. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。 Whether there is a history of severe allergic reactions to vaccines or drugs in the past.		
3. 現在身體有無不適病徵 (如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。 Are there symptoms of discomfort in the body (such as fever at 38°C, vomiting, difficulty breathing, etc.)		
4. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。 Do you have weakened immune system (immunocompromised), including those receiving immunosuppressive therapy.		
5. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。 Have you received other vaccines in the past 14 days?		
6. 目前是否懷孕。 Are you currently pregnant?		
7. 體溫 Body Temperature : °C		

被接種者姓名：_____ 身分證 / 居留證 / 護照字號：_____

Name of vaccinated person

ID No./ ARC No./ Passport No.

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話：_____

Date of birth

Year

Month

Day

Contact No.

居住地址：_____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____

Residential Address

County City

Township City District

立意願書人：_____ 身分證 / 居留證 / 護照字號：_____

Consenter

ID No./ ARC No./ Passport No.

本人 Myself 關係人 Relation：被接種者之 Patient's _____

◆ 醫師評估 Physician's Evaluation

適合接種. Suitable for vaccination

不適宜接種 Not suitable for vaccination ; 原因 Reason : _____

評估日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

Evaluation Date : _____ Year _____ Month _____ Day

醫療院所十碼代碼：_____

Ten-code code of the medical institution

醫師簽章：_____

Signature

阿斯特捷利康 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

Surat penilaian vaksinasi astrazeneca COVID-19 dan kemauan

- 已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解阿斯特捷利康 (AstraZeneca) COVID-19 疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

Saya telah membaca intruksi vaksinasi COVID-19 dgn cermat dan memahami jaminan vaksin COVID-19 astrazeneca Kemanjuran perlindungan, efek samping, kontraindikasi dan tindakan pencegahan, dan setuju utk vaksinasi setelah evaluasi oleh dokter

評估內容 Konten evaluasi	評估結果 Hasil evaluasi	
	是 Iya	否 Tidak
1. 過去是否曾發生血栓合併血小板低下症候群，或肝素引起之血小板低下症。 Apakah ada pernah mengalami trombosis dgn sindrom trombositopenia, atau trombositopenia yg disebabkan oleh heparin di masa lalu		
2. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。 Apakah ada riwayat reaksi alergi parah terhadap vaksin atau obat-obatan lain		
3. 現在身體有無不適病徵 (如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。 Sekarang ada gejala merasa tidak nyaman pada tubuh (seperti demam pada suhu 38°C, muntah, sulit bernafas dll)		
4. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。 Adakah immunocompromised termasuk mereka yg menerima terapi		
5. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。 Dalam 14 hari berlalu pernah bersuntik vaksin yg lain		
6. 目前是否懷孕。 Sekarang apakah sedang hamil		
7. 體溫 Suhu badan : °C		

被接種者姓名：_____ 身分證 / 居留證 / 護照字號：_____

Nama yg di vaksinasi Ktp / arc / no paspor

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話：_____

Tgl lahir thn bln tgl Nomor tel

居住地址：_____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 _____

Alamat tempat tinggal Kabupaen Kota

立意願書人：_____ 身分證 / 居留證 / 護照字號：_____

Yg setuju Ktp / arc / no paspor

本人 Saya 關係人 Hubungan : 被接種者之 Yg divaksinasi _____

◆ 醫師評估 Penilaian dokter

- 適合接種 Cocok utk vaksinasi
 不適宜接種 Tidak cocok utk vaksinasi ; 原因 Alasan : _____

評估日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

Tgl evaluasi thn bln tgl

醫療院所十碼代碼：_____

Institusi medis + no kode

醫師簽章：_____

Tanda tangan dokter