

ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๒๑๐.๙๑/ว ๐๒๙๓



สำนักงาน กศน.จังหวัดอุบลราชธานี
๗ ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
๓๔๐๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง การเตรียมความพร้อมข้อมูลการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี

เรียน ผู้อำนวยการ กศน. อำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบสำรวจการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบสรุปผลการฉีดวัคซีน Pfizer ในเด็กนักเรียนฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองฯ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้ประสานกับสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด เพื่อร่วมกับสถานศึกษาสำรวจและเตรียมความพร้อมของข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ประสงค์จะรับ วัคซีน Pfizer ในช่วงเด็กอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี โดยขอความอนุเคราะห์ให้สถานศึกษาในสังกัดสำนักงาน กศน. ดำเนินการสำรวจข้อมูลนักเรียนในช่วงอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี และสรุปจำนวนนักเรียนที่ผู้ปกครอง ประสงค์ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสี่สีสูตรสำหรับเด็ก) ส่งไปยังสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด

ในการนี้ สำนักงาน กศน.จังหวัดอุบลราชธานี ขอแจ้งให้สถานศึกษาในสังกัดทราบและ ดำเนินการสำรวจข้อมูลนักเรียนในช่วงอายุ ๕ - ไม่เกิน ๑๒ ปี และสรุปจำนวนนักเรียนที่ผู้ปกครองประสงค์ ให้ได้รับการฉีดวัคซีน Pfizer (ฝาสี่สีสูตรสำหรับเด็ก) ส่งไปยังสำนักงาน กศน.จังหวัดอุบลราชธานี ทาง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-mail:songsermubonnfe@gmail.com ภายในวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายทัศนพล เรืองศิริ)

ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ
และการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มส่งเสริมการศึกษานอกระบบ

โทร.๐-๔๕๔๒-๙๖๑๙

E-mail:songsermubonnfe@gmail.com

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง เพื่อให้นักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1-3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับวัคซีนวัคซีน ไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง
ให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีน ไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อจากการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วยประมาณ 2-14 วัน อาการของโรคมั้ตั้งแต่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่รับรส และอาจจะรุนแรงจนเกิดการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

อาการป่วยในเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 อาจไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย เช่น ไข้ ไอ ขาดกล้ามเนื้อ สามารถรักษาหรือหายเองได้ โรยอาจเกิดการอักเสบหลายระบบหรือ มิสซี (Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)) หลังจากหายป่วยแต่พบได้น้อยมาก

ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เนื่องด้วยเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่ร่วมกัน ดังนั้น การฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 11 ปี จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอที่จะป้องกันโควิด 19

วัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี (ครอบคลุมถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน)

วัคซีนโควิด 19 ที่สามารถฉีดได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5-11 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขให้บริการ คือ วัคซีนไฟเซอร์ (ไฟเซอร์-BioNTech) ผลิตจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5-11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งใช้ที่กำหนด (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

ขนาดที่ใช้ในเด็ก ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ฉีดวัคซีนขนาด 10 ไมโครกรัม ปริมาณ 0.2 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 12 สัปดาห์ โดยระยะห่าง 8-12 สัปดาห์ จะดีกว่า 3-4 สัปดาห์ เพราะได้ระดับภูมิคุ้มกันที่สูงกว่า

อาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีน ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1 - 2 วัน โดยอาจพบอาการ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาที ในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

สิ่งที่ควรปฏิบัติหลังฉีดวัคซีน แนะนำให้งดออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเล่นอย่างหนักเป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และถ้าเด็กมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง เช่น อาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ให้รีบไปพบแพทย์ทันที หรือ โทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)
เอกสารฉบับวันที่ 21 มกราคม 2565

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)
ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 หมายเลขโทรศัพท์ของนักเรียน (ถ้ามี).....

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการ
 ไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)

สาเหตุ (ถ้ามี).....

และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

เอกสารฉบับวันที่ 21 มกราคม 2565