

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ  
ดำเนินงาน)

ชื่อโครงการ โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี ๒๕๖๔

๑. ผลการดำเนินงาน

- ๑.๑ ประชาชนในพื้นที่ที่ลงทะเบียน ได้รับการฉีดวัคซีนซิโนฟาร์ม ร้อยละ ๙๐
- ๑.๒ สามารถสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ประชาชนในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ
- ๑.๓ ลดอัตราการเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ
- ๑.๔ ประชาชนเกิดความตระหนักและสามารถป้องกันโรคระบาดโดยเริ่มจากตนเอง

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการ ๗๖ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๑๕๓,๐๐๐ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๑๐๘,๙๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๑๘

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ๔๔,๑๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๘๒

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นายประนุท อีสโร)

ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

๖ มกราคม ๒๕๖๕

## ฎีกาเบิกเงินอื่น

ประจำปีงบประมาณ 2565

เลขที่ผู้เบิก 65-02-00000-0000000-00050-158

เลขที่คลังรับ ๐๐๕๐๕/๖๕

วันที่จัดทำ 8 กุมภาพันธ์ 2565

วันที่คลังรับ

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
เงินรับฝากอื่นๆ-โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด19 ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564	44,100.00	เบิกจ่ายเงินเหลือจ่ายจากโครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564 คินระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอบต.เกาะนางคำ
(ตัวอักษร)	( สี่หมื่นสี่พันหนึ่งร้อยบาทถ้วน )	

<p>หน่วยงานผู้เบิก สำนักปลัดฯ</p> <p>ขอเบิกเงินตามรายการข้างต้น</p> <p>(ลงชื่อ)..... หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก</p> <p>(นางคัมภีร์ดา ชาตรี)</p> <p>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน รักษาราชการแทนหัวหน้า</p> <p>สำนักปลัดฯ</p> <p>วันที่..... ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕</p>	<p>ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน 44,100.00 บาท</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ</p> <p>(นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)</p> <p>นักวิชาการเงินและบัญชี</p> <p>วันที่.....</p>
<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจฎีกา</p> <p>(นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)</p> <p>นักวิชาการเงินและบัญชี</p> <p>วันที่.....</p>	<p>เรียน ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ</p> <p>เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวสจจิรา มะหมัด)</p> <p>นักวิชาการจัดเก็บรายได้ รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการ</p> <p>กองคลัง</p> <p>วันที่..... 10 กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕</p>
<p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ</p> <p>เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นายรัชชัย ชูชมชื่น)</p> <p>ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาราชการแทน ปลัดเทศบาลตำบล</p> <p>เกาะนางคำ</p> <p>วันที่.....</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน 44,100.00 บาท</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นายประนท อัสโร)</p> <p>นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ</p> <p>วันที่..... 10 กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕</p>
<p>ธนาคาร..... บัญชีเลขที่ 115-5-00001-5</p> <p>เลขที่เช็ค 101144411 ลงวันที่.....</p> <p>จำนวนเงิน 44,100.00 บาท (สี่หมื่นสี่พันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)</p> <p>จ่ายให้ ระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอบต.เกาะนางคำ</p>	<p>ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้ลงนาม</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้ลงนาม</p> <p>(ลงชื่อ)..... ผู้ลงนาม</p>
<p>การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่ ๐๐๐๐๖๕/๖๕ ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕</p>	

เล่มที่...๐๑.....

เลขที่...๐๐๑/๖๕....

## ใบเสร็จรับเงิน


วันที่...๑๐.....เดือน...กุมภาพันธ์...พ.ศ. ...๒๕๖๕..

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน  
จังหวัดพัทลุง

ได้รับเงินจาก.....เทศบาลตำบลเกาะนางคำ.....ที่อยู่.....๔๒.....หมู่ที่.....๖.....  
ซอย/ถนน.....ตำบล.....เกาะนางคำ.....อำเภอ...ปากพะยูน...จังหวัด.....พัทลุง.....  
ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินเพื่อจ่ายโครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ในกลุ่ม ประชาชนที่ยังไม่รับบริการในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี ๒๕๖๔	๔๔,๑๐๐	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔๔,๑๐๐	-

จำนวนเงิน.....(สี่หมื่นสี่พันหนึ่งร้อยบาทถ้วน).....

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน  
( นางมาสีอนะ เสินยีหิม )

เทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
ฎีกาเบิกเงินรายจ่าย  
ประจำปีงบประมาณ 2565

แผนงานสาธารณสุข  
งานบริการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่น

หมวดรายจ่าย ค่าใช้สอย  
ประเภทรายจ่าย รายจ่ายเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการที่ไม่  
เข้าลักษณะรายจ่ายงบรายจ่ายอื่น ๆ

เลขที่ผู้เบิก 65-03-00223-5320300-00001-035

เลขที่คลังรับ 00083/65

วันที่จัดทำ 12 พฤศจิกายน 2564

วันที่คลังรับ 15 พ.ย. 2564

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	108,900 00	เบิกจ่ายเงินเป็นค่าจัดซื้อวัคซีนเพื่อใช้ใน "โครงการ เร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ยัง ไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564" โดยจ่ายให้กับ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	0 00	
<b>จำนวนเงินที่ขอเบิก</b>	<b>108,900 00</b>	
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	0 00	
<b>จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ</b>	<b>108,900 00</b>	

(ตัวอักษร) (หนึ่งแสนแปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

หน่วยงานผู้เบิก สำนักปลัดฯ  
ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น

ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้

<b>แหล่งเงินที่ขอเบิก</b>	<b>คงเหลือยกมา</b>	<b>คงเหลือยกไป</b>
เงินอุดหนุนระดับเขต ประสงค์/เฉพาะกิจจ่ายปี 2564	153,000.00	44,100.00

(ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางคัมภีรดา ชาตรี)  
นักวิชาการเงินและบัญชี สำนักปลัดฯ  
วันที่ 12 พ.ย. 2564

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ (นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)  
นักวิชาการเงินและบัญชี  
วันที่ 15 พ.ย. 2564

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว

เรียน ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจฎีกา (นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)  
นักวิชาการเงินและบัญชี  
วันที่ 15 พ.ย. 2564

(ลงชื่อ)..... (นางสาวสิริรา มะหมัด)  
นักวิชาการจัดเก็บรายได้ รักษาการแทน ผู้อำนวยการ  
วันที่ 16 พ.ย. 2564

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

(ลงชื่อ)..... (นายวิชาชัย ชูชมชื่น)  
ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน ปลัดเทศบาลตำบล  
วันที่ 16 พ.ย. 2564

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวน 108,900.00 บาท

(ลงชื่อ)..... (นายประนท อีสโร)  
นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ  
วันที่ 16 พ.ย. 2564

ธนาคาร กสิวิทย์ บัญชีเลขที่ 926-b-00223-0  
เลขที่เช็ค 1010 5644 ลงวันที่ 16 พ.ย. 2564

จำนวนเงิน 108,900.00 บาท (หนึ่งแสนแปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน)  
จ่ายให้ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน (ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม  
(ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม  
(ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่ 00015/65 ลงวันที่ 16 พ.ย. 2564

ใบนำฝากชำระเงินค่าสินค้าหรือบริการ (Bill Payment Pay-In Slip)



ที่อยู่ 906 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน  
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210  
โทรศัพท์ 0-2576-6000

สาขา/Branch \_\_\_\_\_ วันที่/Date 9 พฤศจิกายน 2564

ชื่อ/Name เทศบาลตำบลเกาะนางคิง  
รหัสลูกค้า/Customer No (Ref.1) 100709112100025071  
หมายเลขอ้างอิง/Reference No (Ref.2) 23112100000033830

เพื่อนำเข้าบัญชี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เพื่อวัคซีนซิโนฟาร์ม  
บริการรับชำระบิล\* (Biller ID 099400109701119) (ชำระผ่านช่องทาง ATM / ดิจิทัลแบงก์กิ้ง)  
Comp. code 2989 (ชำระผ่านช่องทาง ATM / ดิจิทัลแบงก์กิ้ง / สาขา TTB)

วันครบกำหนดชำระ 23 พฤศจิกายน 2564

หมายเลขเช็ค/Cheque No.	ชื่อธนาคาร - สาขา/BANK - BRANCH	จำนวนเงิน/Amount
		108,900.00
<input type="checkbox"/> เงินสด/Cash	ตัวอักษร/INWORDS <u>หนึ่งแสนแปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน</u>	

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by \_\_\_\_\_ โทรศัพท์/Telephone \_\_\_\_\_

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร  
ผู้รับเงิน \_\_\_\_\_

ชื่อบัญชี 2989 สาขาโอนบัญชีฝากเพื่อวัคซีนซิโนฟาร์ม  
ชำระโดย CL สาขาธนาคารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน) สาขาหลักสี่  
ชื่อ-สกุล online 7872 34877165 34844416 17/11/21 12:09:18  
จำนวนเงินทั้งสิ้น 108,900.00  
Ref.1: 100709112100025071 Ref.2: 23112100000033830

**ttb** ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน)  
TtBThanachart Bank Public Company Limited

ใบรับชำระค่าสินค้าและบริการ **นางมาลีชนะ เค็งขี้พิน**  
(Bill Payment Slip) **นักวิชาการเงินและบัญชี**

- ชำระให้บริษัท (Pay to) ..... Comp Code
- ชื่อผู้ชำระ (Customer Name) .....
- รหัสลูกค้า/รหัสอ้างอิง 1 (Ref.1).....
- รหัสอ้างอิง 2 (Ref.2).....
- ชำระด้วยบัตรสมาชิกที่มี Barcode (Pay by member card with barcode)

ได้รับชำระแล้ว  
นางสาวสุจิตา มะหมัด  
พ.ย. 2564

จำนวนเงินตัวอักษร (Amount in words)	จำนวนเงิน (Amount)
เลขที่เช็ค (Cheque No.)	ธนาคาร - สาขา (Bank-Branch)
	จำนวนเงิน (Amount)

หมายเหตุ \* เฉพาะบริษัทที่มีข้อตกลงกับธนาคารเท่านั้น  
\* เฉพาะเช็คที่อยู่ในเขตสำนักหักบัญชีเดียวกันกับสาขา เช็ค 1 ในต่อ 1 รายการเท่านั้น

ผู้ชำระ (Payer) ..... โทรศัพท์ (Telephone) 024 1000211



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
ที่  
เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงิน

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2564

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

1. เรื่องเดิม

ตามที่เทศบาลตำบลเกาะนางคำร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลได้ดำเนินการเพื่อใช้ใน “โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564” จำนวนเงิน 153,000.- บาท (-หนึ่งแสนห้าหมื่นสามพันบาทถ้วน-) นั้น

2. ข้อเท็จจริง

สำนักปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินเป็นค่าจัดซื้อวัคซีนเพื่อใช้ใน “โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564” โดยจ่ายให้กับ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เป็นจำนวนเงิน 108,900.-บาท (-หนึ่งแสนแปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน-)

3. ข้อพิจารณา/เสนอแนะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางคิมภีร์ดา ชาตรี)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน รักษาการแทน  
หัวหน้าสำนักปลัดฯ

ความเห็นปลัดเทศบาล  
-เห็นควรอนุมัติ

(นายรัชชัย ชูชมชื่น)

ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน  
ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

- คำสั่งนายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ  
( / ) อนุมัติ  
( ) ไม่อนุมัติ

(นายประนุท อัสโร)

นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

วันที่พิมพ์ : 15/11/2564 11:16

หน้าที่ : 1/1

อ.ปากพะยูน

เลขที่ AN-00084/65

จ.พัทลุง

วันที่ 15/11/2564

เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

บันทึกการตรวจรับ

เลขที่ผู้เบิก 65-03-00223-5320300-00001  
ชื่อผู้รับเงิน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์  
จำนวนเงินขอเบิก 108,900.00 บาท  
เลขที่คลังรับ 00083/65  
วันที่คลังรับ 15/11/2564  
ประเภทภาษี หัก ณ ที่จ่าย  
จำนวนเงินตามงวดงาน 108,900.00 บาท  
วันที่จัดทำ 15/11/2564  
ผู้จัดทำบันทึกการตรวจรับ นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม

ข้อมูลสำหรับการจัดทำใบผ่านรายการดังนี้

รายการ	รหัสบัญชี	เดบิต	เครดิต
จ่ายใช้ไป	5104010104.002	108,900.00	
ใบสำคัญค้างจ่ายอื่น	2102040110.001		108,900.00
	รวม	108,900.00	108,900.00

ข้อมูลสำหรับการจัดทำใบผ่านรายการบัญชีทั่วไป

รายการ	รหัสบัญชี	เดบิต	เครดิต
รายได้เงินอุดหนุนรับล่วงหน้า	2103010102.001	108,900.00	
รายได้เงินอุดหนุนจากหน่วยงานอื่น	4403010105.001		108,900.00
	รวม	108,900.00	108,900.00



ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์  
CHULABHORN ROYAL ACADEMY

906 ถ.กำแพงเพชร 6 ตลาดบางเขน หลักสี่ กรุงเทพฯ 10210  
906 Kamphaeng Phet 6 Rd., Talat Bang Khen, Lak Si, Bangkok 10210, Thailand  
โทรศัพท์ Tel+66 2576 6000 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID : 0-9940-01097-01-1

Page: 1 of 1

ใบเสร็จรับเงิน (Receipt)

เลขที่ (Receipt No.) RVC6411-000694  
วันที่ (Date) 17 พ.ย. 2564

ได้รับเงินจาก (Received) เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ที่อยู่ (Address) 42 หมู่ที่ 6 เทศบาล  
ตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน พัทลุง 93120

รหัสประจำตัวผู้เสียภาษี (Tax ID) 0994000592361 สำนักงานใหญ่

ลำดับที่ (No.)	รายการ (Description)	จำนวนเงิน (Amount)
1.	ค่าจัดสรรวัคซีนซิโนฟาร์ม	99,000.00

รวม (เก้าหมื่นเก้าพันบาทถ้วน) 99,000.00  
(Net Amount)

เงินโอน (TTB Bank)  เงินโอน (Bill Payment)

Reference 1 : 100709112100025071  
Reference 2 : 231121000000033830



  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(Authorized Signature)

\*หมายเหตุ\* ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อ  
เช็คหรือตราสารที่ได้รับนั้นผ่านธนาคารและมีลายมือชื่อผู้รับเงิน



1056-075

No. 075

www.cra.ac.th Email : Finance@cra.ac.th

8 เบบ ๘๗๖๕ ๗๖๕๔๓ ๒๑๐ ๑๒๓๔





ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์  
CHULABHORN ROYAL ACADEMY

906 ถนนกำแพงเพชร 6 ตลาดบางเขน หลักสี่ กรุงเทพฯ 10210  
906 Kamphaeng Phet 6 Rd., Talat Bang Khen, Lak Si, Bangkok 10210, Thailand  
โทรศัพท์ Tel+ 66 2576 6000 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID : 0-9940-01097-01-1

Page: 1 of 1

ใบเสร็จรับเงิน (Receipt)

เลขที่ (Receipt No.) RDV6412-000679

วันที่ (Date) 30 ธ.ค. 2564

ได้รับเงินจาก (Received) เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ที่อยู่ (Address) 42 หมู่ที่ 6 เทศบาล  
ตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน ทักษิณ 93120

รหัสประจำตัวผู้เสียภาษี (Tax ID) 0994000592361 สำนักงานใหญ่

ลำดับที่ (No.)	รายการ (Description)	จำนวนเงิน (Amount)
1.	เงินบริจาค	9,900.00

รวม (เก้าพันเก้าร้อยบาทถ้วน) 9,900.00  
(Net Amount)

เงินโอน (TTB Bank)  เงินโอน (Bill Payment) Reference 1 : 100709112100025071  
Reference 2 : 231121000000033830

หมายเหตุ : ได้รับเงินบริจาคเมื่อวันที่ 17 พ.ย. 2564



เจ้าหน้าที่การเงิน  
(Authorized Signature)

\*หมายเหตุ\* ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อ  
เช็คหรือตราสารที่ได้รับนั้นผ่านธนาคารและมีลายมือชื่อผู้รับเงิน

ราชวิทยาลัย  
จุฬาภรณ์



1056-315

No. 315

www.cra.ac.th Email : Finance@cra.ac.th

๑๕๖๑๒๓๔๕๖๗๘๙๐



## คำขอรับจัดสรร

กรณารระบุจำนวนคนที่ต้องการขอรับจัดสรร และบริจาค

วันที่ขอรับจัดสรร	9 พ.ย. 2564	รหัสคำขอรับจัดสรร	33830
ชื่อวัคซีน/ยา	Sinopharm เข็มหลัก		
จำนวนคนที่ขอจัดสรร	90 คน	จำนวนโดสที่ขอรับจัดสรร	180 โดส

## การโอนเงิน

จำนวนที่ได้รับจัดสรร	180 โดส	จำนวนโดสที่บริจาค	18 โดส
ราคาต่อโดส	550.00 บาท		
จำนวนเงินที่ต้องโอน	108,900.00 บาท		
วันที่โอนเงิน	2021-11-17		
หลักฐานการโอนเงิน	<a href="#">ใบเสร็จ1.pdf</a>		
หลักฐานการโอนเงิน 2	<a href="#">ใบเสร็จ2.pdf</a> (ถ้ามี)		
หลักฐานการโอนเงิน	3 (ถ้ามี)		
เลขที่ใบเสร็จ	RVC6411-000694		
เลขที่ใบเสร็จบริจาค	RDV6412-000679		

## สถานที่จัดส่งและจำนวนโดส

### กรุณาสอบถามวันที่ต้องการรับบริการฉีดวัคซีนกับทางโรงพยาบาลก่อนนัดหมาย

- สถานที่จัดส่ง** - แสดงเฉพาะโรงพยาบาลที่ลงนามในเงื่อนไขการบริหารและจัดสรรวัคซีนตัวเลือกเรียบร้อยแล้ว หากต้องการส่งไปยังหลายโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลเดียวกันแต่แบ่งรอบการจัดส่ง ให้กดปุ่มเพิ่มรอบการจัดส่ง
- จำนวนคนที่ฉีดวัคซีน** - แจ้งจำนวนคนที่ต้องการรับบริการให้โรงพยาบาลทราบ
- จำนวนโดส** - จำนวนวัคซีนที่จะจัดส่งไปยังโรงพยาบาล ระบบจะเติมจำนวนให้อัตโนมัติ **หากต้องการฉีดวัคซีนเป็นเข็มกระตุ้น หรือ ฉีดเพียง 1 เข็มต่อคน สามารถแก้ไขตัวเลขจำนวนโดสได้**
- วันที่ต้องการฉีดวัคซีน** - เลือกวันล่วงหน้า มากกว่า 10 วัน เนื่องจากการขนส่งต้องใช้เวลาจัดตารางล่วงหน้า 8 วัน และเพื่อเวลาให้โรงพยาบาลตอบรับนัดหมายของท่านอีก 2 วัน **วันที่ไม่สามารถจัดส่งได้จะไม่สามารถเลือกจากปฏิทินได้**

เมื่อท่านตรวจสอบข้อมูล โรงพยาบาล จำนวนคน และวันที่ ถูกต้องแล้ว ให้เลือก **ส่งนัดหมาย** และกดปุ่ม **บันทึก** ระบบจะส่งคำขอฉีดวัคซีนไปยังโรงพยาบาล ท่านจะไม่สามารถแก้ไขรายการที่ส่งนัดหมายแล้วได้

- หากโรงพยาบาลยินยอมให้ท่านรับบริการในวันดังกล่าว โรงพยาบาลจะตอบรับกลับมาในระบบ จากนั้นรายการจัดส่งจึงจะถูกสร้างขึ้น
- หากโรงพยาบาลไม่ยินยอม หรือไม่ตอบรับภายใน 2 วัน ระบบจะยกเลิกรายการอัตโนมัติและแจ้งท่านทางอีเมล

รายการที่ **ไม่ได้ส่งนัดหมาย** ภายในวันที่ที่กำหนด ต้องเลือกวันที่นัดหมายใหม่เท่านั้น

จัดส่งที่โรงพยาบาล	จำนวนคนที่ จะฉีดวัคซีน	จำนวนโดส	วันที่ต้องการ ฉีดวัคซีน	สถานะ
โรงพยาบาลปากพะยูน	81	162	2021-12-09	โรงพยาบาล ตอบรับแล้ว

เพิ่มรอบการจัดส่ง | ตรวจสอบปริมาณนัดหมาย



## เงื่อนไขการบริหารและจัดสรรฯ

ผู้จัดสรร ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ผู้รับการจัดสรร เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

โรงพยาบาล โรงพยาบาลปากพะยูน

เอกสารแนบท้าย 1 เอกสารแนบท้าย 2 เอกสารแนบท้าย 3 (1)  
เอกสารแนบท้าย 3 (2) เอกสารประกอบ

### เงื่อนไขการบริหารและจัดสรรวัคซีนตัวเลือก

เลขที่ ๒๕๖๔/๕๒๙๔๖

เงื่อนไขการบริหารและจัดสรรวัคซีนตัวเลือก ฉบับนี้ทำขึ้น ณ ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ เลขที่ ๙๐๖ ถนนกำแพงเพชร ๖ แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ระหว่าง ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ โดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิธิ มหานนท์ ตำแหน่ง เลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ผู้มีอำนาจลงนาม ซึ่งต่อไปในเงื่อนไขฉบับนี้ เรียกว่า “ผู้จัดสรร” ฝ่ายที่ ๑ กับ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ณ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ ๐๙๙๕๐๐๐๕๙๒๖๖๑ ลงวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๕๒ โดย นายประนุฑ อีสโร ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัท เทศบาลตำบลเกาะนางคำ มีสำนักงานใหญ่อยู่ เลขที่ ๔๒ หมู่ที่ ๖ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ตำบลเกาะนางคำ อำเภอกาบังพัทลุง ปากพะยูน ปรากฏตามหนังสือรับรองของ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งต่อไปในเงื่อนไขฉบับนี้ เรียกว่า “ผู้รับการจัดสรร” ฝ่ายที่ ๒ และโรงพยาบาล โรงพยาบาลปากพะยูน โดย นพ.พิพัฒน์ พิพัฒน์รัตนเสรี ตั้งอยู่เลขที่ เลขที่ หมู่ ๐๑ ตำบล ปากพะยูน อำเภอกาบังพัทลุง ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “โรงพยาบาล” ฝ่ายที่ ๓

ทั้งสามฝ่ายได้ตกลงร่วมกันทำเงื่อนไขฉบับนี้ โดยมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

#### ข้อ ๑ ข้อตกลงและวัตถุประสงค์

ตามที่ได้มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร เพื่อให้การให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนจนการให้ความช่วยเหลือ ผู้ยากไร้ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ ผู้จัดสรรจึงร่วมมือกับผู้รับการจัดสรรและโรงพยาบาลเพื่อให้บริการวัคซีนแก่ประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย โดยการให้บริการสาธารณสุขนี้จะคำนึงถึงความผาสุกและประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและประเทศชาติเป็นสำคัญ

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้รับการจัดสรรจึงขอรับการจัดสรรวัคซีนซิโนฟาร์ม (COVIL0 Sinopharm) เพื่อให้บริการสาธารณสุข โดยวัคซีนนี้ได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Emergency Use Approval, EUA) เท่านั้น (ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า “วัคซีน”) จากผู้จัดสรรเพื่อฉีดป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้แก่ประชาชนที่มีความต้องการและโรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชน

สำหรับกรณีแก้ไข เพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข เหนือไปแต่ฝ่ายหนึ่งตกลงแนบท้ายเงื่อนไขฉบับนี้ และถือเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขฉบับนี้ด้วย

#### ข้อ ๕. การรักษาความลับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามเงื่อนไขฉบับนี้ รวมถึงบรรดาเอกสารหรือข้อมูลใดๆ ที่ได้รับทราบอันเนื่องมาจากการปฏิบัติตามเงื่อนไขฉบับนี้ หรือข้อมูลที่ได้รับอันเนื่องมาจากการให้บริการวัคซีนภายในเงื่อนไขฉบับนี้ ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบใด ให้ถือว่าเป็นข้อมูลความลับซึ่งจะต้องนำไปใช้ประโยชน์เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของเงื่อนไขฉบับนี้เท่านั้น โดยจะไม่นำไปใช้หรือแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือบุคคลอื่นใดทั้งสิ้น เว้นแต่เป็นการเปิดเผยที่สามารถดำเนินการได้ตามกฎหมาย ตามคำพิพากษา หรือคำสั่งศาล หรือคำสั่งของหน่วยงานของรัฐผู้มีอำนาจตามกฎหมาย

ข้อ ๖. หากมีข้อพิพาทซึ่งเกิดขึ้นจากการตีความเงื่อนไขและ/หรือเอกสารแนบท้ายของเงื่อนไขฉบับนี้ และไม่อาจหาข้อตกลงที่เป็นที่ยุติได้ให้เลขาธิการผู้จัดสรรเป็นผู้วินิจฉัยตีความโดยมุ่งหมายยึดถือประโยชน์ในการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ประชาชน สุขภาพ อนามัย ความปลอดภัยของสาธารณะและวัตถุประสงค์ของเงื่อนไขฉบับนี้เป็นสำคัญ โดยคำวินิจฉัยของเลขาธิการผู้จัดสรรให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ ๗. ผู้รับการจัดสรรและโรงพยาบาล เข้าใจและยอมรับว่ากรรมสิทธิ์ในวัคซีนตัวเลือกตามเงื่อนไขฉบับนี้ ถือเป็นกรรมสิทธิ์ของผู้จัดสรรวัคซีน จนถึงวัคซีนได้ฉีดให้กับผู้เข้ารับการฉีดวัคซีน โดย **วัคซีนตามเงื่อนไขการบริหารและจัดสรรวัคซีนตัวเลือกนี้** เป็นทรัพย์สินที่ใช้เพื่อประโยชน์เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดีทั้งปวง ตามพระราชบัญญัติราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๑๗ หากผู้ใดนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ของการจัดสรรวัคซีนหรือผิดเงื่อนไขของผู้จัดสรร ย่อมมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

เงื่อนไขฉบับนี้ทำขึ้นเป็น สาม ฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสามฝ่ายเก็บไว้ฝ่ายละ หนึ่งฉบับ โดยทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจโดยตลอดแล้วกับตกลงยอมรับทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อให้ไว้ต่อหน้าพยาน

✓ ผู้จัดสรรยอมรับเงื่อนไขการบริหารและจัดสรรวัคซีนตัวเลือกนี้

บันทึกโดย : ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิธิ มหานนท์  
วันที่ : 2021-11-29 11:35:17

✓ ผู้รับการจัดสรรยอมรับเงื่อนไขการบริหารและจัดสรรวัคซีนตัวเลือกนี้

บันทึกโดย : นายประนุท อิศโร  
วันที่ : 2021-11-25 09:56:47

✓ โรงพยาบาลยอมรับเงื่อนไขการบริหารและจัดสรรวัคซีนตัวเลือกนี้

บันทึกโดย : นพ.พิพัฒน์ พิพัฒน์รัตนเสรี  
วันที่ : 2021-11-29 11:35:17

ข้อ ๒ ขอบเขตของข้อตกลง

ทั้งสามฝ่ายตกลงกันดำเนินการภายใต้ขอบเขต ดังต่อไปนี้

๒.๑ ผู้จัดสรร

๒.๑.๑ จัดหาและจัดสรรวัคซีนให้แก่ผู้รับการจัดสรร และดำเนินการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องภายใต้กรอบอำนาจของผู้จัดสรรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเงื่อนไขฉบับนี้

๒.๑.๒ ประสานงานกับผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้จัดสรรในการจัดส่งวัคซีนให้แก่ผู้รับการจัดสรร เพื่อดำเนินการที่เกี่ยวข้องภายใต้เงื่อนไขฉบับนี้

๒.๒ ผู้รับการจัดสรร

๒.๒.๑ ดำเนินการให้บริการวัคซีนตามเงื่อนไขและรายละเอียดที่ตกลงไว้ในเงื่อนไขฉบับนี้และ/หรือที่ทั้งสามฝ่ายอาจตกลงเพิ่มเติมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นคราวๆ ไป

๒.๒.๒ จัดหาโรงพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนและประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อการดำเนินการตามเงื่อนไขฉบับนี้ และประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินการตามวัตถุประสงค์เงื่อนไขฉบับนี้

๒.๓ โรงพยาบาล

๒.๓.๑ ดำเนินการบริการวัคซีนและให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนตามเงื่อนไขและรายละเอียดที่ตกลงไว้ในเงื่อนไขฉบับนี้และ/หรือที่ทั้งสามฝ่ายอาจตกลงเพิ่มเติมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นคราวๆ ไป

๒.๓.๒ ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินการตามวัตถุประสงค์เงื่อนไขฉบับนี้

เงื่อนไขและรายละเอียดการดำเนินการของทั้งสามฝ่ายให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ๑. (รายละเอียดและเงื่อนไขการส่งจองวัคซีนและการจัดส่ง) และเอกสารแนบท้าย ๒. (รายละเอียดและเงื่อนไขการให้บริการวัคซีน) ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขฉบับนี้

ข้อ ๓. เพื่อการบริหารจัดการวัคซีนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทว่าถึง ไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งสามารถจัดสรรวัคซีนไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างทันท่วงที โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ประชาชนที่ได้รับเป็นสำคัญ ผู้จัดสรรขอสงวนสิทธิ์ในการบริหารจัดการวัคซีนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การส่งมอบวัคซีน การเปลี่ยนแปลงกำหนดสถานที่และเวลาในการส่งมอบ จำนวนวัคซีน ยี่ห้อของวัคซีน การจัดสรรวัคซีนให้แก่ประชาชนในพื้นที่อื่น การเรียกคืนวัคซีน หรือกรณีอื่นใดตามที่ผู้จัดสรรเห็นสมควร

ข้อ ๔. เงื่อนไขฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ทุกฝ่ายลงนามในเงื่อนไขเป็นต้นไป จนกว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะแสดงเจตนายกเลิกเงื่อนไข

หากฝ่ายใดประสงค์จะยกเลิกเงื่อนไข ฝ่ายนั้นจะต้องมีหนังสือแสดงเจตนาเสนอไปยังไปยังอีกฝ่ายหนึ่งหรือทุกฝ่ายไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน โดยให้เงื่อนไขเป็นอันสิ้นสุดเมื่อฝ่ายที่ได้รับหนังสือแสดงเจตนายกเลิกเงื่อนไขได้สนองตอบการแสดงเจตนาดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว และให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทำเป็นบันทึกเพิ่มเติมข้อตกลงแนบท้ายเงื่อนไขฉบับนี้ และถือเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขฉบับนี้ด้วย ทั้งนี้ การยกเลิก หรือการบอกเลิกเงื่อนไขฉบับนี้ ไม่กระทบกระเทือนถึงสิทธิและหน้าที่ของที่มีอยู่ต่อกันก่อนเงื่อนไขฉบับนี้สิ้นสุดลงและผู้รับการจัดสรรและโรงพยาบาลยังคงต้องมีภาระผูกพันและรับผิดชอบต่อผู้จัดสรรตามข้อ ๔. ข้อ ๕. ข้อ ๖. ของเงื่อนไขฉบับนี้และข้อ ๑. ข้อ ๒. ข้อ ๓. ข้อ ๔. ข้อ ๕. ข้อ ๖. ข้อ ๗. ข้อ ๘. และข้อ ๙. ของเอกสารแนบท้าย ๒. (รายละเอียดและเงื่อนไขการให้บริการวัคซีน) เป็นระยะเวลาเท่ากับอายุของวัคซีนบวกรักษาหนึ่ง (๑) ปี



## รายการขนส่ง

รหัสใบขนส่ง	71116	รหัสคำขอรับจัดสรร	33830
ชื่อองค์กร	เทศบาลตำบลเกาะนางคำ		
ชื่อผู้ติดต่อ	นางสาวรพีเื้อ เทพทอง	เบอร์โทรศัพท์	0855862629
สถานที่จัดส่ง	โรงพยาบาลปากพะยูน		
ที่อยู่	พัทลุง		
ชื่อผู้ติดต่อ	เบอร์โทรศัพท์		
วัคซีน	Sinopharm	จำนวนโดส	162
กำหนดฉีดวัคซีน	2021-12-09	จำนวนผู้รับวัคซีนที่นำ เข้าแล้ว	0 ( <a href="#">นำเข้าข้อมูล</a> )

## รายการสินค้าที่จะจัดส่ง

1. หมายเลข Lot : 202108B2593  
แบ่งส่งวันที่ : 2021-12-08

จำนวนโดส : 162

รวมจำนวนโดส 162

## ผลการจัดส่งสินค้า

วันที่ส่งสินค้าสำเร็จ 2021-12-09

หลักฐานการส่งสินค้า [16854.jpg](#)



## รายชื่อผู้รับวัคซีน

ชื่อองค์กร	เทศบาลตำบลเกาะนางคำ		
ชื่อผู้ติดต่อ	นางสาวรอฝอ๊ะ เทพทอง	เบอร์โทรศัพท์	0855862629
สถานที่จัดส่ง	โรงพยาบาลปากพะยูน	จังหวัด	พัทลุง
วัคซีน	Sinopharm	กำหนดฉีดวัคซีน	2021-12-23

## รายชื่อที่นำเข้าไว้แล้ว 76 รายการ (ถูกต้อง 76 รายการ)

กรุณาตรวจสอบรายชื่อผู้รับวัคซีนที่ปรากฏในตารางภายในวันที่ 20 ธ.ค. 2564 ผู้ที่ไม่อยู่ในรายชื่อนี้จะไม่ถูกส่งให้บริษัทประกันภัย และไม่สามารถเข้ารับวัคซีนได้

ลำดับ ที่	ประเภท บัตร	เลขที่บัตร	คำนำ หน้าชื่อ	ชื่อ	สกุล	วันเดือน ปีเกิด	เบอร์โทรศัพท์ มือถือ
1	1	3930600241706	นาง	หนับสีะ	หล่ำสุบ	1937-07-01	0623437913
2	1	5930600020072	นาย	ด่าฮาน	หมัดระหิม	1946-07-02	0623437913
3	1	3930600056364	นาย	โกด	หนุหมาน	1942-07-02	0623437913
4	1	3930600051770	นาย	อุหมาด	หนุสงวน	1943-07-02	0835119851
5	1	3930600058642	นาย	หลี่	ยียะกูป	1953-07-02	0623437913
6	1	3930600243873	นาย	ลันติชัย	หมาดโล๊ะ	1976-11-18	0873965725



7	1	1809800109197	นางสาว	ปฐิิดา	เพ็งมาก	1994-03-31	0638318315
8	1	3930600248085	นาย	ลำรี	แฉเหยีบ	1962-12-02	0623437913
9	1	1930600158071	นาย	อัสนาวี	แฉเหยีบ	1998-10-08	0869668864
10	1	3930600055325	นาย	หลี	หมาดโล๊ะ	1954-07-02	0623437913
11	1	3930600055341	นาง	ลำฝะ	หมาดโล๊ะ	1958-06-07	0623437913
12	1	3930600242800	นาย	ลวัสดี	หนุสงวน	1981-04-27	0623437913
13	1	3930600250462	นาง	เฟือก	ทองประสม	1941-03-29	0878361178
14	1	3930600040999	นาง	อำพร	ศรีสุวรรณ	1967-02-14	0892933609
15	1	3930600250152	นาง	ฉะหรอ	ลาโล๊ะ	1939-10-01	0847351431
16	1	3930600246520	นาง	เหรัมย์	หมัดหยำ	1931-07-23	0623437913
17	1	3930600056186	นาง	เจ๊ะมิหน๊ะ	หมุดเหล็บ	1943-07-02	0623437913
18	1	3930600248883	นาง	นิศารัตน์	ฝาล๊ะ	1974-06-05	0656681606
19	1	3720800506799	นางสาว	มาหรินำ	โสภารัตนากร	1994-08-12	0935146360
20	1	3930600241692	นาย	สนัน	หลำสุบ	1969-07-29	0637814438
21	1	1930600141811	นาย	อกินันท์	พรรณละม้าย	1995-06-11	0969851760
22	1	1909801097361	นาย	คาริเนท	พรหมวิจิตร	1996-11-03	0814319765
23	1	3930300015204	นาย	มนัส	สวงาม	1980-04-15	0631301225
24	1	3930600053918	นาย	เจ๊ะอูน	แก้วสุบแสง	1972-07-03	0932292285
25	1	3930600060361	นาง	โล๊ะ	ทิมหลี	1951-07-	0932292285

26	1	3930600060329	นาย	หลี่	หิมหลี่	1946-07-02	0932292285
27	1	3930600249081	นาย	หมัดตะเห ลีบ	โต๊ะตะ	1961-12-08	0623437913
28	1	3910300119735	นาง	หย๊ะ	อะหลีกะเล็ม	1927-11-30	0623437913
29	1	3930600058341	นาย	กริทยา	เล็มหมัด	1937-07-02	0959404241
30	1	3930600059410	นาย	บัด	ฝาล๊ะ	1947-07-02	0623437913
31	1	3930300010083	นาย	อลัน	ฝาบ็ญเหม	1970-04-02	0623437913
32	1	3930600187744	นาย	หมาน	นะหิม	1947-01-01	0623437913
33	1	5930600006576	นาย	มะหนับ	ฝาล๊ะ	1973-12-17	0623437913
34	1	3900100602734	นาง	สลีห๊ะ	เหล็บหลี่	1979-07-01	0930004057
35	1	1930400041022	นาย	ยงยุทธ	นุ่มอูย	1987-10-02	0623437913
36	1	3940300111874	นาย	รอหะ	อ่าวแกกือจี้	1973-01-01	0623437913
37	1	1930600156605	นาย	รอซี	อ่าวแกกือจี้	1998-05-23	0623437913
38	1	3910400065653	นาง	ลียะ	หมัดหย่า	1979-11-22	0888352134
39	1	3930600252538	นาย	ลูมิต	หมัดหย่า	1978-10-05	0888352134
40	1	3930600057999	นาง	ฝาดี่หมีะ	บิลหมัด	1940-07-01	0623437913
41	1	1909802679895	นาย	ฮันนาน	หวังเหล้าะ	2002-09-03	0623437913
42	1	3930600249022	นาย	มู๋ซอ	หวังเหล้าะ	1968-04-23	0623437913
43	1	1801400159351	นาย	นราพงศ์	หวังเหล้าะ	1992-07-29	0623437913

44	1	3930600253208	นาง	พั้ว	ดำเนินอย	1924-11-25	0623437913
45	1	3930600244471	นาย	สันติ	สนธิวงศ์	1982-12-19	0623437913
46	1	3909800586624	นาง	เสี๊ยะ	เหมมั้น	1963-06-13	0623437913
47	1	3900900403361	นาย	ชาญชัย	บิลไบ	1969-01-14	0980423892
48	1	3930600246082	นาง	ฝ๊ะ	วุ่นชูแก้ว	1928-01-06	0623437913
49	1	3930600242117	นาย	ดุลเหลี๊ยะ	หมุดเหลี๊ยะ	1934-07-02	0623437913
50	1	3930600243709	นาย	หะสัน	เตาสัน	1970-06-22	0623437913
51	1	3930600242125	นาง	ฝ๊ะ	หมุดเหลี๊ยะ	1936-07-01	0623437913
52	1	3930600248298	นาง	ไทม	จันทรแจ่ม	1941-04-30	0623437913
53	1	3930600252180	นางสาว	หริหมี๊ยะ	สาโล๊ยะ	1972-03-01	0612508615
54	1	3930600246007	นางสาว	ยุหนาบ	สันหมาน	1959-09-19	0844972581
55	1	1930600107400	นางสาว	ไรหนับ	โต๊ยะตะ	1989-08-16	0863025212
56	1	3930600056101	นาย	ธานี	หมาดโล๊ยะ	1979-07-01	0874736935
57	1	3930600251876	นาง	สุณี	สมสุข	1971-01-14	0807129924
58	1	3930600241919	นาย	ประหัยด	แหละกูป	1937-03-31	0623437913
59	1	3930600243083	นาง	หย๊ะ	หิมหลี	1947-12-18	0818984734
60	1	3910100508001	นางสาว	สะแเอริ๊ยะ	ยูหันนัน	1956-06-01	0623437913
61	1	3930600034093	นาย	สงวน	เพชรจำรัส	1977-07-07	0623437913
62	1	3930600243075	นาย	เดบ	หิมหลี	1943-07-	0623437913

01

63	1	1829900142285	นาย	จารุเดช	มาเสียม	1995-11-26	0808749492
64	1	3900101088040	นางสาว	ติเตี๊ยะ	บิลโตะหีม	1955-02-16	0623437913
65	1	1930600102076	นาย	ดลหรือหมาน	หมานคำ	1989-01-05	0650579588
66	1	3901100867330	นาย	ตรีเนตร	โหมดัด	1978-07-28	0623437913
67	1	3930600060744	นาง	ตีหมีะ	เจ๊ะหีม	1939-07-02	0623437913
68	1	3900101085971	นาย	ยะผาด	หาหลับ	1957-12-03	0941087148
69	1	3930600052920	นาย	ระเดน	หีมหลิะ	1961-02-23	0824353526
70	1	3930600023911	นาย	สมัน	สมันเหมือน	1948-07-01	0856287480
71	1	1930600219772	นาย	กฤษดา	แก้วสุกแสง	1993-01-15	0828245693
72	1	3930600056321	นาย	สุระเดช	แก้วสุกแสง	1982-09-23	0828245693
73	1	3930600361175	นาย	สุรชาติ	พุมภูมั่ง	1970-03-06	0928521205
74	1	3930600054787	นาย	มะหมุด	หล่ำสุบ	1962-07-10	0623437913
75	1	3900100809258	นาง	สุดารัตน์	รัตนาคม	1977-10-08	0802131724
76	1	3930600060094	นาง	ฉีะ	แก้วสุกแสง	1958-04-03	0623437913

ข้อมูลนี้



ช/ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
 เลขที่... ๒๖  
 วันที่... ๑๕... กันยายน ๒๕๖๔  
 เวลา... ๑๖.๐๖ น.  
 ตำบลเกาะนางคำ อำเภopakพะยูน  
 จังหวัดพัทลุง ๙๓๑๒๐

หนังสือรับ  
 ที่ พท ๕๖๑๐๑/๕๖๒  
 กองคลัง  
 กองช่าง  
 กองการศึกษา

สำนักงานเทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
 ตำบลเกาะนางคำ อำเภopakพะยูน  
 จังหวัดพัทลุง ๙๓๑๒๐

๑ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะนางคำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการฯ จำนวน ๑ ชุด  
 ตามที่ได้มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในวงกว้าง  
 และสถานการณ์การแพร่ระบาดยังไม่สามารถควบคุมได้ มีผู้ติดเชื้อรายวันเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิด  
 ความตื่นตระหนกในหมู่ประชาชน เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตของประชาชนใน  
 พื้นที่อยู่ในขณะนี้ นั้น

เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)  
 ในพื้นที่ เทศบาลตำบลเกาะนางคำจึงจัดทำโครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับ  
 บริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564 และนำมาจัดให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ที่ยังไม่ได้รับการจัดสรรวัคซีน  
 จากรัฐบาล เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

- เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ขอรับการสนับสนุน

สนับสนุนงบประมาณ

- เพื่อเร่งรัดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายประนุท อีสริ)

นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

**สำเนาถูกต้อง**

- เพื่อโปรดพิจารณา  
 ฝ่ายบริหารชุมชนเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

(นางสาวพาดินี เหมียนเอียด)  
 หัวหน้าสำนักปลัด

ส่ง  
 (๒๖)๕๖๑๐๑/๕๖๒ (๕๖๒๖๒๖)

สำนักปลัดฯ

โทร. ๐๗๔- ๘๒๘๘๕๒

โทรสาร. ๐๗๔ - ๘๒๘๘๔๘

(นางคัมภีร์ดา ชาตรี)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

(นายศุภรักษ์ เข็มหมัด)

ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

(นายประนุท อีสริ)

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

รหัสโครงการ	64 - L3333 - 02 -
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564
ชื่อกองทุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ	<input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)] <input checked="" type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)]
ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (5 คน)	เทศบาลตำบลเกาะนางคำ
วันอนุมัติ	
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่ วันที่ 1 เดือน กันยายน พ.ศ.2564 ถึง วันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ.2565
งบประมาณ	จำนวน 153,000 บาท
หลักการและเหตุผล	<p>จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ซึ่งมีการประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้ โรคไวรัสโควิด -19 เป็นโรคร้ายแรง ทำให้เกิดการตื่นตระหนกของประชาชนทั่วโลกและคนไทย ซึ่งพบการระบาดไปในหลายประเทศส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมอย่างรุนแรง สถานการณ์การระบาดกำลังแพร่กระจายยังไม่สามารถควบคุมได้ และเนื่องจากตำบลเกาะนางคำเป็นพื้นที่ ที่ติดต่อกับจังหวัดสงขลา ประชาชนในพื้นที่บางส่วนต้องเดินทางไปทำงานในพื้นที่เสี่ยงซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด -19 ในตำบลเกาะนางคำ ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 มีประชาชนในพื้นที่ติดเชื้อ และมีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวเนื่องจากสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ หรือเดินทางมาจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดจำนวนมาก ส่งผลให้หน่วยงานในพื้นที่ต้องทำงานในพื้นที่เสี่ยงไปด้วย</p> <p>เพื่อเป็นการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด -19 เทศบาลตำบลเกาะนางคำจึงจัดทำโครงการจัดหาวัคซีนเอง เพื่อนำมาฉีดคนในพื้นที่ โดยการจองวัคซีนกับราชวิทยาลัยจุฬาลงกร ตามวันและเวลา ที่เปิดรับจองวัคซีนทางเลือก ชิโนฟาร์ม สำหรับองค์กร และดำเนินการตามขั้นตอนและเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรกำหนด ตามเป้าหมายของรัฐบาลคือ ต้องสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้ได้เร็วที่สุดอย่างน้อย 70% ของจำนวนประชากร จึงเป็นที่มาของแนวคิดรวมกองทุนเป็นหนึ่งเดียว</p>
วิธีดำเนินการ	<p>1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่ทำงานในพื้นที่เสี่ยงที่ยังไม่รับการฉีดวัคซีนจากรัฐบาลมาลงทะเบียนขอรับการฉีดวัคซีนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีทะเบียนบ้านในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำที่ต้องการฉีดวัคซีนโควิด-19 โดยประสานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่</p> <p>2. ฉีดวัคซีนโควิด-19 แก่ประชาชนที่ลงทะเบียน</p> <p>3. ประเมินอาการหลังการฉีดวัคซีน</p> <p>4. ติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังสถานการณ์ และแจ้งให้ประชาชนทราบเป็นระยะ</p>
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	<p>1. ประชาชนที่ลงทะเบียนได้รับการฉีดวัคซีน</p> <p>2. สามารถสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ประชาชนในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ</p>

**สำเนาถูกต้อง**



(นางศันภีร์ดา ขาตรี)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

กลุ่มเป้าหมาย	
1. ประชาชนในพื้นที่ ที่ทำงานสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการจัดสรรวัคซีนจากรัฐบาล	
2. ประชาชนในพื้นที่ ที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ หรือ กลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรัง หรือ ผู้สูงอายุ ที่ยังไม่ได้รับการจัดสรรวัคซีนจากรัฐบาล	
3. ประชาชนทั่วไปในพื้นที่ ที่ยังไม่ได้รับการจัดสรรวัคซีนจากรัฐบาล	
วัตถุประสงค์	เป้าหมาย(เชิงปริมาณ /เชิงคุณภาพ)
ข้อที่ 1 เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันหมู่ในประชาชน	ข้อที่ 1 ร้อยละของประชาชนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 แล้ว
ข้อที่ 2 เพื่อให้ประชาชนที่ทำงานในพื้นที่เสี่ยงสามารถเข้าถึงการฉีดวัคซีนได้มากขึ้น	ข้อที่ 2 ประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ
ข้อที่ 1 ร้อยละ 90 ของประชาชนที่ลงทะเบียนฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย

ชนิดกิจกรรม	งบประมาณ	ระบุวัน/ช่วงเวลา
1. จองวัคซีนกับราชวิทยาลัยจุฬาลงกร ตามวันและเวลาที่เปิดรับจองวัคซีนทางเลือก ชิโนฟาร์ม สำหรับองค์กร และดำเนินการตามขั้นตอนและเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรกำหนด	- ไม่ใช้งบประมาณ -	
2. ลงทะเบียนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีทะเบียนบ้านในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำที่ต้องการฉีดวัคซีนโควิด-19 โดยประสานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ หรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่ทำงานในพื้นที่เสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการจัดสรรวัคซีนจากรัฐบาลมาลงทะเบียน	- ไม่ใช้งบประมาณ -	1 ก.ย.64 – 30 ม.ค. 65
3. ฉีดวัคซีนโควิด-19 แก่ประชาชนที่ลงทะเบียน	- ค่าวัคซีน ชิโนฟาร์ม จำนวน 180 โด๊สๆละ 850 บาท ซึ่งฉีดจำนวน 90 คนๆละ 2 โด๊ส ราคา 1,700 บาท/คน เป็นเงิน 153,000 บาท	1 ก.ย.64 – 30 ม.ค. 65
4. ประเมินอาการหลังการฉีดวัคซีน 4.1) 30 นาทีหลังฉีด 4.2) 1 วันหลังฉีด 4.3) 7 วันหลังฉีด	- ไม่ใช้งบประมาณ -	1 ก.ย.64 – 30 ม.ค. 65
5. ติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังสถานการณ์ และแจ้งให้ประชาชนทราบเป็นระยะ	- ไม่ใช้งบประมาณ -	1 ก.ย.64 – 30 ม.ค. 65
6. สรุปผลการดำเนินงาน	- ไม่ใช้งบประมาณ -	1 ก.ย.64 – 30 ม.ค. 65
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 153,000 บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นสามพันบาทถ้วน)		

**สำเนาถูกต้อง**

(นางคณภีร์ดา ชาตรี)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)  
ชื่อหน่วยงาน เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

- 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 7)

- 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)]
- 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)]
- 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)]
- 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]
- 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2561)

- 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....
- 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....
- 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....
- 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....
- 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....
- 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....
- 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....
- 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน.....
- 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
  - 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
  - 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
  - 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
  - 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .....

**สำเนาถูกต้อง**

7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

- 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ (นางหิมนิภา ชาติวี)
- 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง (นางหิมนิภา ชาติวี)
- 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- 7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย



- 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
  - 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  - 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  - 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  - 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน
  - 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
  - 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
  - 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  - 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - 7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
  - 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
    - 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
    - 7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
  - 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
  - 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
  - 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
  - 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .....

**สำเนาถูกต้อง**



(นางกัมภีร์ดา ชาติวิ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

- 7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - 7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
  - 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
  - 7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
  - 7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]
- 7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล

วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2564

**สำเนาถูกต้อง**

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(นายศุภรักษ์ เสมอหมัด)

ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2564

(นางคัมภีร์ดา ชาตรี)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(นายประนุท อีสโร)

ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2564

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ครั้งที่ 4 / 2564 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2564 ผลการพิจารณา โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี 2564 ดังนี้

อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 153,000 บาท

เพราะ .....

ไม่อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่ 30 มกราคม 2564

ลงชื่อ.....



(นายประนุท อีสโร)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
วันที่ 20 กันยายน 2564

**สำเนาถูกต้อง**



(นางคัมภีร์ดา ชาตรี)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี ๒๕๖๔  
เข็มที่ ๑ วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.  
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเกาะนางคำ และบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง







โครงการเร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ในกลุ่มประชาชนที่ยังไม่รับบริการ ในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำ ปี ๒๕๖๔  
เข็มที่ ๒ วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.  
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเกาะนางคำ และบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง









10.26

9.54

26/1

Sinopharm

กล่องที่ 826

ขวดที่ 11



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051255

Label V.3.08.2564

(สามารถอ่านได้ที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



vn



CID: 3930600252538

HN:000023197

ชื่อนายสุमित หมัดหย้า

วันเกิด 5 ตุลาคม 2521 อายุ 43 ปี 3 เดือน 7 วัน

ที่อยู่: 55.1 หมู่ 5 ต.บ่อวิน อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:54

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ ทยนที ทมอดใจ อายุ ๖๗ ปี เพศ ๗๙๓๐๖๐๐๐๕๕๓๕ บ้านเลขที่ ๙๔๓ หมู่ที่ ๔ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล ทยนที ทมอดใจ อายุ ๖๗ ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค. ๖๔ เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง HT, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ทยนที ทมอดใจ ผู้รับบริการ

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก ๕๔ กก. ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย 35.8 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 171/99 mmHg ชีพจร 111 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 162/99 mmHg ชีพจร 96 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App: หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

11

HN 000054461 CID 3930600055325

ชื่อ-นามสกุล นายหลี่ หมาดไ้

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19 Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด ภาณุชนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600055325



HN: 000054461

ชื่อนายหลี่ หมาดไ้

วันเกิด 1 มกราคม 2497 อายุ 67 ปี 12 เดือน 9 วัน

ที่อยู่: 243 หมู่ 4 ต.เกาะนัง อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:26 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

Sinopharm

กล่องที่ 823



ขวดที่ 8

Lot No:202108B2593

S/N: 81902460011053071462

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051212

Label V.3.08.2564

9.29

9.59

4/2



# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

34

HN 000043754 CID 3930600243075

ชื่อ-นามสกุล นายเดบ หิหมหลิ

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ชนิด.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19 (สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600243075



HN: 000043754

ชื่อนายเดบ หิหมหลิ

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2486 อายุ 78 ปี 6 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 184 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีไข้เมื่ออยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:26 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 18



Lot No: 202108B2593

S/N: 81902460011053071462

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000823X0051222

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ.....หญิงนพาท หนูพิมพ์.....อายุ.....๗๑.....ปี พชช.....๓๙๓๐๖ ๐๐๑๙๗๕๕ บ้านเลขที่.....๒๕๑.....หมู่ที่.....๑.....ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca-โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด.....๙ มี.ค.๖๔..... เบอร์โทรศัพท์...../๐๖๔๗๑๕๕๘๘๐

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....๗๕.....ก.ก ส่วนสูง.....๑๖๐.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย.....๓๖.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....๑๖๓/๘๔.....mmHg ชีพจร.....๘๓.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....๑๕๖/๗๙.....mmHg ชีพจร.....๖๑.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

## บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App: หมอยพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

39

HN 000049074 CID 3930600187744

ชื่อ-นามสกุล นายหมาน นะหิม

เบอร์ติดต่อ 0647155880

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid-19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา คักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

## ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600187744



HN: 000049074

ชื่อนายหมาน นะหิม

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2490 อายุ 74 ปี 6 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 241 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (เข็มที่ 1)    |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือเวียนศีรษะอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:27 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.34

10.04 8/1

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 15



Lot No: 202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000823X0051219

Label V.3.08.2564



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล ชวติยา กิ่งทอง เพ็ชรชัย อายุ ๓๓ ปี วันที่ฉีด..... เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ชวติยา เพ็ชรชัย ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๖๖.๕ กก ส่วนสูง ๑๗๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๕.๓ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๒๓ / ๗๗ mmHg ชีพจร ๘๕ ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๓๑ / ๙๑ mmHg ชีพจร ๘๓ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ขาด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ห้างเสียง

App: หมอพร้อม

33

HN 000021871 CID 3930600034093

ชื่อ-นามสกุล นายสงวน เพชรจำรัส

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



vn

CID: 3930600034093



HN: 000021871

ชื่อนายสงวน เพชรจำรัส

วันเกิด 7 กรกฎาคม 2529 อายุ 44 ปี 6 เดือน 4 วัน

ที่อยู่: 47/2 หมู่ 1 ต.เกาะนกงา อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

ภาษาพื้นบ้าน: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:06 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.4a  
Sinopharm

10.19 23/1  
กล่องที่ 826

ขวดที่ 5



Lot No: 20210882593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000826X0051249

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ หญิงประจักษ์ เทาแก้ว อายุ ๕๑ ปี พชช. 3930600243709 บ้านเลขที่ 193 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

## แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ 51 ปี วันที่ฉีด ๙ ต.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ น.ส.ช. / ท.ส.ช. / ผู้รับบริการ

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก ๕๕ กก. ส่วนสูง..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย 3๕.7 °C เริ่มฉีดเวลา .....ก่อนฉีด ความดันโลหิต 118 / 66 mmHg ชีพจร 137 ครั้ง/นาทีหลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 127 / 92 mmHg ชีพจร 112 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

## คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



App หมอพร้อม

HN 000044739 CID 3930600243709

ชื่อ-นามสกุล ..... นายหะสัน เตาสัน

เบอร์ติดต่อ ..... 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กัญจนว ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



vn

CID: 3930600243709



HN:000044739

ชื่อนายหะสัน เตาสัน

วันเกิด 22 มิถุนายน 2513 อายุ 51 ปี 6 เดือน 20 วัน

ที่อยู่: 193 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

กรณพยาน: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอื่นอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:53 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.54  
Sinopharm



10.26  
26/12  
กล่องที่ 826  
ขวดที่ 12  
Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105330482  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000826X0051256  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ.....อายุ.....ปี ปชช.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล.....นาย นพดล นพรัตน์ อายุ 60 ปี วันที่ฉีด 9/12/64 เบอร์โทรศัพท์ -

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นพดล นพรัตน์ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....48.....ก.ก ส่วนสูง.....160.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย.....35.8.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....~~102~~ 104 / 74 mmHg ชีพจร.....67.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....102 / 58 mmHg ชีพจร.....64.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....ปกติ 110 / 74.....ชีพจร 56.....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีด วัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

32

HN 000033131 CID 3930600249081

ชื่อ-นามสกุล นายหมัดตะเหล็บ โต๊ะตะ

เบอร์ติดต่อ 0838755179

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



VN

CID: 3930600249081



HN:000033131

ชื่อนายหมัดตะเหล็บ โต๊ะตะ

วันเกิด 8 ธันวาคม 2504 อายุ 60 ปี 1 เดือน 2 วัน

ที่อยู่: 131 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีข้อมูลเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:05 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

Sinopharm



กล่องที่ 826  
ขวดที่ 7  
Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105330482  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000826X0051251  
Label V.3.08.2564

9.51

๑๐.๒1

24/1

เข็มที่ ๑ วัคซีน ชิโนฟาร์ม ( ) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ชื่อ นพชัญชัช นิลิน อายุ ๕๒ ปี พช. 3900900203361 บ้านเลขที่ 96 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นพชัญชัช นิลิน อายุ ๕๒ ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค. ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ 0980223892  
 092 4377906

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ รับประทานการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นพชัญชัช นิลิน ผู้รับบริการ  
 ( )

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 ( )

น้ำหนัก 47 กก ส่วนสูง 167 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.3 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 142/92 mmHg ชีพจร 115 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 153/108 mmHg ชีพจร 83 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ 147/109 84

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

57

HN 000028959 CID 3900900403361

ชื่อ-นามสกุล นายชาญชัย บิลบัว

เบอร์ติดต่อ 098-0423892

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3900900403361



HN: 000028959

ชื่อนายชาญชัย บิลบัว

วันเกิด 15 กุมภาพันธ์ 2512 อายุ 52 ปี 10เดือน 24 วัน

ที่อยู่: 96 หมู่ 8 ต.เกาะนกงา อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การหย่า: ไม่มีประวัติการหย่า

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีข้อมูลอื่น กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:04 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.51  
Sinopharm



10.21  
24/2  
กล่องที่ 826

ขวดที่ 8

Lot No: 202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000826X0051252

Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางสาว เหมรัตน์ อายุ ๕๘ ปี พช. ๓๙๐๙๘๐๐๕๘๖๖๒๑ บ้านเลขที่ ๑/๓ หมู่ที่ ๘ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac\_Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นางสาว เหมรัตน์ อายุ ๕๘ ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค. ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางสาว เหมรัตน์ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๗๓ ก.ก / ส่วนสูง ๑๕๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๕.๘ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 124 / ๙4 mmHg ชีพจร ๗๕ ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 116 / ๗๘ mmHg ชีพจร ๗1 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP: หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

56

HN 000057995 CID 3909800586624

ชื่อ-นามสกุล .....นางเส้าะ เหมมัน

เบอร์ติดต่อ ..... 098-0898577

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



vn  
CID: 3909800586624



HN:000057995

ชื่อ นางเส้าะ เหมมัน

วันเกิด 13 มิถุนายน 2506 อายุ 58 ปี 6 เดือน 29 วัน

ที่อยู่: 43 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง .....

BP: ..... PR: ..... Temp: .....

Note: .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astazenecca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astazenecca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาระบุแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:07 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

.....

10.18

๙.48

92/1

Sinopharm

กล่องที่ 826



ขวดที่ 3

Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051247

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นายคุณทักสิน หนองหมื่น อายุ ๘๗ ปี พชช. ๓๙๓๐๖๐๐๒๑๒๑๗ บ้านเลขที่ ๑๖๗ หมู่ที่ ๙ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด..... ๙ ๐.๓ ๖๔ เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ



(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก..... 49.5 กก. ส่วนสูง..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... 36.7 °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต..... 100/70/61 mmHg ชีพจร..... ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต..... 134/91 mmHg ชีพจร..... 69 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

59

HN 000041287 CID 3930600242117

ชื่อ-นามสกุล นายคุณเหลือะ หมุดเหล็ก

เบอร์ติดต่อ 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600242117



HN:000041287

ชื่อนายคุณเหลือะ หมุดเหล็ก

วันเกิด 1 ตุลาคม 2477 อายุ 87 ปี 3 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 167 หมู่ 8 ส.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน H10-H15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note .....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1            | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1        | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose) | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2             | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีไข้เดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:07 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSXP---

๙.๔๗

๑๑/๑

Sinopharm

กล่องที่ 826

ขวดที่ 1



Lot No:20210882593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051245

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.


ชื่อ นภาพัฒน์ นมดามแก้ว อายุ 85 ปี ปชช. 39306009212125 บ้านเลขที่ 167 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

## แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล ลงชื่อ: นภาพัฒน์ นมดามแก้ว อายุ 85 ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ 094631508

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ  ผู้รับบริการ  
(.....)ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๗๐ กก ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย 36.1 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 151/141 mmHg ชีพจร 67 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 136/84 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

## คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

APPหมอพร้อม

62

HN 000015465 CID 3930600242125

ชื่อ-นามสกุล นางปิยะ หมุดเหล็ก

เบอร์ติดต่อ 0894651508

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กัญจนว ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1869,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



vn

CID: 3930600242125



HN:000015465

ชื่อ นางปิยะ หมุดเหล็ก

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2479 อายุ 85 ปี 6 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 167 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การหย่า: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

น. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:09 :

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.44  
Sinopharm

19/1  
กล่องที่ 825

ขวดที่ 17



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051241  
Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑ วัคซีน ชิโนฟาร์ม (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ น.ภ. ภาวิณี วัฒนานกร อายุ ๗๗ ปี พชช. ๗๗๒๐๘๐๐๑๐๖๗๙๙ บ้านเลขที่ ๑๓๙ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๓๕๗๔๖๓๖๐

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ภาวิณี วัฒนานกร ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

(.....)

น้ำหนัก 40 กก ส่วนสูง ๑๖๕ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๕.๕ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 114/79/11 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 108/85 mmHg ชีพจร 94 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

22

HN 000016915 CID 1930600138186

ชื่อ-นามสกุล ..... น.ส.มาหรินา โสภารัตนากร

เบอร์ติดต่อ ..... 0935146360

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

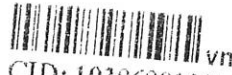
Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1930600138186



HN:000016915

ชื่อ น.ส.มาหรินา โสภารัตนากร

วันเกิด 12 สิงหาคม 2537 อายุ 27 ปี 4 เดือน 30 วัน

ที่อยู่: 139 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:07 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

9.46  
Sinopharm

20/11  
กล่องที่ 825

ขวดที่ 19



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051243

Label V.3.08.2564





# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



App หมอพร้อม

10

HN 000021333 CID 3930600056101

ชื่อ-นามสกุล นายธานี หมดไธสง

เบอร์ติดต่อ 0874736935

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



vn

CID: 3930600056101



HN: 000021333

ชื่อนายธานี หมดไธสง

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2522 อายุ 42 ปี 6 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 75 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การป่วย: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

แผน..... ส่วนสูง.....

BP..... PR..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac (เข็มที่ 2)     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca (เข็มที่ 2) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (เข็มที่ 1)      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose)   |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2     |

หากมีประวัติการแพ้หรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:58 น.  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023  
--- Register By HOSXP ---

10.07 Sinopharm

31/1 กล่องที่ 827

ขวดที่ 1



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000827X0051265

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางค้ำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นาย อัครวิทย์ อนุเชษฐ์ อายุ ๒๓ ปี พช. 1930600158011 บ้านเลขที่ ๑๑๑ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางค้ำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๑ ค.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๖๙๖๖๘๘๖๔

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / นาย อัครวิทย์ อนุเชษฐ์ ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(นาย อัครวิทย์ อนุเชษฐ์)

(.....)

น้ำหนัก / ๖๖ กก. / ส่วนสูง ๑๕๒ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๑ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๙๗ / ๖๙ mmHg ชีพจร ๑๐๘ ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๙๕ / ๖๔ mmHg ชีพจร ๙๖ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

App หมอพร้อม

HN 000030938 CID 1930600158071

ชื่อ-นามสกุล นายอัสนาวี แอเหยียบ

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1930600158071



HN:000030938

ชื่อนายอัสนาวี แอเหยียบ

วันเกิด 8 ตุลาคม 2541 อายุ 23 ปี 3 เดือน 4 วัน

ที่อยู่: 11 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:57 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.20 32/1

**Sinopharm**      กลองที่ 827  
   ขวดที่ 3



Lot No:20210882593  
S/N: 8190246001101900024  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000827X0051267  
Label V.3.08.2564

เข็มที่..... ๑..... วัคซีน..... ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่..... ๙..... เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา..... ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐..... น.

ชื่อ นพชัชวาลย์ นพ ๒๐๒ อายุ ๖๑ ปี พชช. 1930400041022 บ้านเลขที่ 112 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

## แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี วันที่ฉีด 9 ต.ค. 64 เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ

(นามสมมุติ นพ ๒๐๒)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก..... ๕๘..... กก. ส่วนสูง..... 178..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... 37.6..... °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต..... 133/90..... mmHg ชีพจร..... 89..... ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต..... 143/88..... mmHg ชีพจร..... 82..... ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....

## คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

AA

HN 000102617 CID 1930400041022

ชื่อ-นามสกุล ..... นายยงยุทธ นุ่มอ้อย

เบอร์ติดต่อ ..... 099-7637462

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1930400041022



HN:000102617

ชื่อ นายยงยุทธ นุ่มอ้อย

วันเกิด 2 ตุลาคม 2530 อายุ 34 ปี 3 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 112 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ปฏิเสธการแพทย์

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:57 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

Sinopharm

กล่องที่ 826

ขวดที่ 9



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051253

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นพ.นิตยา รัตน์ อายุ 47 ปี พชช. 3930600248883 บ้านเลขที่ 67 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ~~Sinovac~~ AstraZeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 มี.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ 0656681606

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นพ.นิตยา รัตน์ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 56 กก / ส่วนสูง 150 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 35.9 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 104 / 65 mmHg ชีพจร 87 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 95 / 69 mmHg ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ขาด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2

Hot line : 1422/1669



หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

หรือพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน

ไข้ หรือ ปวดศีรษะ

ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน

ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย

คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก

ผื่นลมพิษ

อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

20

N 000055117 CID 3930600248883

อ-นามสกุล .....นางนิตารัตน์ ฝ่าหลิว

เบอร์ติดต่อ ..... 0656681606

นัดนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ฉีด ภาณุจนา สักดิ์แสง

\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600248883



HN: 000055117

ชื่อ นางนิตารัตน์ ฝ่าหลิว

วันเกิด 29 มกราคม 2517 อายุ 47 ปี 11 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 67 หมู่ 4 ต.เกาะนางค้อ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง .....

BP. .... PR. .... Temp .....

Note .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> นีค Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> นีค Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> นีค Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> นีค Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> นีค AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> นีค pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> นีค pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> นีค pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> นีค Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> นีค Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:59 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

10.18

31/2

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 2



Lot No: 20210882593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000827X0051266

Label V.3.08.2564



SP

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac AstraZeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาย ศิวะ คุ้มคุณสง อายุ 13 ปี วันที่ฉีด 9/12/64 เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ศิวะ คุ้มคุณสง ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 10.1 กก. ส่วนสูง 150 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.1 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 117/84 mmHg ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 163/83 mmHg ชีพจร 79 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ซากิ่งซึก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

ฉีดวัคซีน COVID-19 (สำหรับเจ้าหน้าที่)

CID: 3930600060094

HN:000063443

ชื่อนางฉะ แก้วสุกแสง

วันเกิด ๒๖ เมษายน 2561 อายุ 63 ปี 9 เดือน 8 วัน

ที่อยู่: 63 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- ฉีด Sinovac เข็มที่ 1
ฉีด Sinovac เข็มที่ 2
ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1
ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2
ฉีด AZ (Booster dose)
ฉีด pfizer เข็มที่ 1
ฉีด pfizer เข็มที่ 2
ฉีด pfizer (Booster dose)
ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1
ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:23
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023
--- Register By HOSxP---

บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
ผื่นลมพิษ
อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



APP หมอพร้อม

HN 000063443 CID 3930600060094

ชื่อ-นามสกุล นางฉะ แก้วสุกแสง

เบอร์ติดต่อ 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายงนา สักดีแล

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

ท.31

31/1

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 13



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000827X0051277

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นวรัตน์ เน้นหนัก อายุ ๕๒ ปี ปชช. ๓๙ ๐๐ ๑ ๐๐ ๖ ๐ ๒ ๖ ๓ ๔ บ้านเลขที่ ๓๖ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค.๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๓ ๐๐๐ ๕๐ ๕ ๗

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

DM, HT, PP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
5. อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น  ใช่  ไม่ใช่
8. เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น
9. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
11. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
12. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นวรัตน์ เน้นหนัก ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

(.....)

น้ำหนัก ๕๐ กก. ส่วนสูง ๑๖๓ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๕๖/๑๐๖/๙๙ mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๑๐๔ mmHg ชีพจร ๙๘ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ขาด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

41

HN 000059199 CID 3900100602734

ชื่อ-นามสกุล น.ส. สวลีหิระ เหลือบหลี

เบอร์ติดต่อ 0930004057 083-6539730

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กัญจนาศักดิ์เสนา

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



vn

CID: 3900100602734



HN:000059199

ชื่อ น.ส. สวลีหิระ เหลือบหลี

วันเกิด 1 ตุลาคม 2522 อายุ 42 ปี 3 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 37 หมู่ 8 ต.เกาะนางส้อ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:19 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

10.23

สวลีหิระ เหลือบหลี

19/2

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 14



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051238

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นพคุณกฤษดา แก้วกุลเกษ อายุ ๒๘ ปี พช. 193060012942 บ้านเลขที่ ๗๘ หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นพคุณกฤษดา แก้วกุลเกษ อายุ ๒๘ ปี วันที่ฉีด ๑๒.๑๒.๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๒๘๒๔๖๖๓๙

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นพคุณ ผู้รับบริการ

(นพคุณกฤษดา แก้วกุลเกษ)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก 49 กก. ส่วนสูง 1๗5 ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 120/70 mmHg ชีพจร 92 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 115/99 mmHg ชีพจร 91 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาติครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แขนหน้าออก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๗1

HN 000049473 CID 1930600129772

ชื่อ-นามสกุล นายกฤษดา แก้วสุกแสง

เบอร์ติดต่อ 0828245639

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(ใช้กรณีนัด)



CID: 1930600129772



HN: 000049473

ชื่อนายกฤษดา แก้วสุกแสง

วันเกิด 16 กุมภาพันธ์ 2536 อายุ 28 ปี 10เดือน23 วัน

ที่อยู่ 78 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

กลับประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:00 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---



Sinopharm

30/2

กล่องที่ 826

ขวดที่ 20

Lot No:20210882593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051264

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ นายภิชนเดช นวกฤษณะ อายุ 39 ปี พชช. 3930600056321 บ้านเลขที่ 78 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นวกฤษณะ นวกฤษณะ อายุ 39 ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค. 64 เบอร์โทรศัพท์ 0829215699

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเซลล์ อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ รับประทานการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นวกฤษณะ นวกฤษณะ ผู้รับบริการ      ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 ( นวกฤษณะ นวกฤษณะ )      ( ..... )

น้ำหนัก 52 กก ส่วนสูง 175 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C เริ่มฉีดเวลา .....  
 ก่อนฉีด      ความดันโลหิต 119/69/85 mmHg      ชีพจร 85 ครั้ง/นาที  
 หลังฉีด 30 นาที      ความดันโลหิต 103/62 mmHg      ชีพจร 75 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

72

HN 000041601 CID 3930600056321

ชื่อ-นามสกุล นายสุระเดช แก้วสุกแสง

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053304829

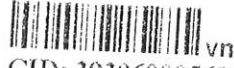
Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเข็มที่)



vn

CID: 3930600056321



HN: 000041601

ชื่อนายสุระเดช แก้วสุกแสง

วันเกิด 23 กันยายน 2525 อายุ 39 ปี 3 เดือน 19 วัน

ที่อยู่: 78 หมู่ 1 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:00 น  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.06

30/11

Sinopharm

กล่องที่ 826

ขวดที่ 19



Lot No: 20210882593  
S/N: 8190246001105330482  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000826X0051263  
Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ นศ.ปลื้ม นางคำ อายุ 52 ปี พชช. 3930600241692 บ้านเลขที่ 157 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... นศ.ปลื้ม นางคำ..... อายุ 52 ปี วันที่ฉีด 9 ต.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ 0637814138

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ..... นศ.ปลื้ม นางคำ..... ผู้รับบริการ  
 (..... นศ.ปลื้ม นางคำ.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก..... 55.....กก / ส่วนสูง..... 149.....ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต..... 109 / 43.....mmHg ชีพจร..... 101.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต..... 137 / 90.....mmHg ชีพจร..... 90.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....  
 .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



APPพร้อม

29

HN 000045354 CID 3930600241692

ชื่อ-นามสกุล นายสนั่น หล้าสูบ

เบอร์ติดต่อ 0637814438

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนนา สักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สารวันจำหน่ายที่)



CID: 3930600241692



HN:000045354

ชื่อนายสนั่น หล้าสูบ

วันเกิด 29 กรกฎาคม 2512 อายุ 52 ปี 5 เดือน 13 วัน

ที่อยู่: 157 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน ..... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:01 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP ---

10.05

29/1

Sinopharm

กล่องที่ 826

ขวดที่ 17



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051261

Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑..... วัคซีน..... ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่..... ๙..... เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา..... ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐..... น.  
 ชื่อ นาง กุศลรัตน์ ไชยภม อายุ 44 ปี พชช. 3900100909258 บ้านเลขที่ 48 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี วันที่ฉีด..... 9/12/64..... เบอร์โทรศัพท์ 080-9131724

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ  
 (.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก..... 52..... กก ส่วนสูง..... 153..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... 37.7 °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต..... 118/83..... mmHg ชีพจร..... 92..... ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต..... 112/86..... mmHg ชีพจร..... 91..... ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ..... 104/84..... 20.....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App: หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๗๕

HN 000093982 CID 3900100809258

ชื่อ-นามสกุล .....นางสุดารัตน์ รัตนาคม

เบอร์ติดต่อ ..... 0802131724

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3900100809258



HN: 000093982

ชื่อนางสุดารัตน์ รัตนาคม

วันเกิด 8 ตุลาคม 2520 อายุ 44 ปี 3 เดือน 3 วัน

ที่อยู่: 147 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง .....

BP: ..... PR: ..... Temp .....

Note

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีขณคินอยู่ กรุณแจ้งเจ้าหน้าที่

เมื่อรับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:02 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSXP---

10.04  
Sinopharm

28/1  
กล่องที่ 826

ขวดที่ 15



Lot No: 202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000826X0051259

Label V.3.08.2564

39306 00001 781

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาย สมพงษ์ ชาติสุข อายุ 60 ปี วันที่ฉีด..... เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ สมพงษ์ ชาติสุข ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 80 กก. ส่วนสูง 175 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.9 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 151/80 mmHg ชีพจร 101 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 125/86 mmHg ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ซาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

74

HN 000080723 CID 3930600054787

ชื่อ-นามสกุล นายมะหมุด หล้าสูบ

เบอร์ติดต่อ 0

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

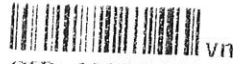
Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา หักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับฉีดนัดที่)



CID: 3930600054787



HN: 000080723

ชื่อนายมะหมุด หล้าสูบ

วันเกิด 10 กรกฎาคม 2505 อายุ 59 ปี 6 เดือน 2 วัน

ที่อยู่: 115/2 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การรพช: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15,02-โรคความ

ดันโลหิตสูง

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:30 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSrP---

11.38

39/12

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 14



Lot No:20210882593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000827X0051278

Label V.3.08.2564

39601010 88040

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาง ทิลาภ มลิใจใหม่ อายุ.....ปี วันที่ฉีด..... เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / ..... ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

(.....)

นาง ทิลาภ มลิใจใหม่

น้ำหนัก 45 กก. ส่วนสูง 140 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.1 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 138/150 mmHg ชีพจร 101 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 146/92 mmHg ชีพจร 91 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

### คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

43

HN 000068706 CID 3900101088040

ชื่อ-นามสกุล นางติเต้าย บิลโตะหิม

เบอร์ติดต่อ 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19 (สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3900101088040



HN: 000068706

ชื่อนางติเต้าย บิลโตะหิม

วันเกิด 18 กุมภาพันธ์ 2498 อายุ 66 ปี 10 เดือน 24 วัน

ที่อยู่ 174 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้หรือมีข้อมูอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:29 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

ท. 38

38/1

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 15



Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001101900024  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000827X0051279  
Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ.....นายรอบหาญ ๐๒๖๖๖๐๓.....อายุ.....๔๕.....ปี.....ปชช. ๓๙๔๐๓๐๐๑๑๑๙๖๔.....บ้านเลขที่.....๑๓.....หมู่ที่.....๕.....ต.เกาะนางคำ

### แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด.....๑๐.๑๖.๒๕๖๔..... เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง  CVA

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ.....นายรอบหาญ ๐๒๖๖๖๐๓.....ผู้ให้บริการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก.....๖๕.....กก ส่วนสูง.....๑๖๐.....ซม. อุณหภูมิร่างกาย.....๓๕.๕.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....๑๕๖ / ๖๙.....mmHg ชีพจร.....๙๐.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....๑๔๕ / ๕๗.....mmHg ชีพจร.....๘๗.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....

#### คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

15

HN 000086884 CID 394030011874

ชื่อ-นามสกุล นายรอหะ อานวกือจิ

เบอร์ติดต่อ 098-7043328

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สามเข็มทั้งหมด)



CID: 394030011874



HN: 000086884

ชื่อนายรอหะ อานวกือจิ

วันเกิด 1 มกราคม 2516 อายุ 48 ปี 12เดือน 8 วัน

ที่อยู่ 93 หมู่ 5 ต.เกาะนกงา อ. ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติ วัณโรค

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส.ค.สูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Nota. ....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

สถานที่รับบริการ: วัดนารนเพื่อ หรือ นีอาเคออยู่ ศาลาประชาคมที่ว่าการ

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 11:26 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 899 023

--- Register By HOSxP---

11.08

35/1

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 9



Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001101900024  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000827X0051273  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นพ.ภักดิ์ ๒๐๓๓๓ อายุ 59 ปี ปชช. 3930600248085 บ้านเลขที่ 111 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

## แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 มี.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ 095-7106105

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ  
(.....)ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....ก.ก / ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

## คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ซัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนัดมาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

8

HN 000044020 CID 3930600248085

ชื่อ-นามสกุล ..... นายลำรี แอเหยียบ

เบอร์ติดต่อ .....

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600248085



HN:000044020

ชื่อนายลำรี แอเหยียบ

วันเกิด 2 ธันวาคม 2505 อายุ 59 ปี 1 เดือน 8 วัน

ที่อยู่: 111 หมู่ 0 ต.กระเนนบก อ.ป่าพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน ..... ส่วนสูง .....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีไข้สูง กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

มารับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:27

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By: HOS&P---

70.56

34/2

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 8



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001101900024  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000827X0051272  
Label V.3.08.2564

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล... นาย อาทิตย์ ใสใส อายุ... 21 ปี วันที่ฉีด... ๑๐.๑.๒๕ เบอร์โทรศัพท์... ๐๘๐-๕๖๖๖๔๔

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

- 1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- 2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
- 3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
- 4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
- 6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
- 8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
- 9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นาย อาทิตย์ ใสใส ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก... 45 .....กก ส่วนสูง... 185 .....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย... 36.4 ..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต... 105 / 54 .....mmHg ชีพจร... 92 .....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต... 120 / 77 .....mmHg ชีพจร... 87 .....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

- 1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
- 2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
- 3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

## บัตรนัด

ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มาใช้บริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

A2

HN 000103864 CID 1829900142285

ชื่อ-นามสกุล นายจรรุเดช มาเต็ม

เบอร์ติดต่อ 0808749498

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

## ฉีดวัคซีน COVID-19



vn

CID: 1829900142285



HN: 000103864

ชื่อ นายจรรุเดช มาเต็ม

วันเกิด 26 พฤศจิกายน 2538 อายุ 26 ปี 1 เดือน 14 วัน

ที่อยู่: 7/1 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ปฏิเสธการแพ้ยา

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 14:05 1

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.04  
Sinopharm

28/12  
กล่องที่ 826  
ขวดที่ 16



Lot No:20210882593  
S/N: 8190246001105330482  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000826X0051260  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ หญิงอัสรินทร์ ฟานนิมเหม อายุ 51 ปี ปชช 3930300010083 บ้านเลขที่ ๖1 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล อัสรินทร์ ฟานนิมเหม อายุ 51 ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ 06454099622

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง DM

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ (อัสรินทร์ ฟานนิมเหม) ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

(.....)

น้ำหนัก 50.9 กก / ส่วนสูง 159 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 34.9 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 136/84 mmHg ชีพจร 104 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 138/94 mmHg ชีพจร 99 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

38

HN 000049773 CID 3930300010083

ชื่อ-นามสกุล นายอัสัน ฝาเบญญแฮม

เบอร์ติดต่อ 0654089622

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19 (สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930300010083



HN:000049773

ชื่อนายอัสัน ฝาเบญญแฮม

วันเกิด 2 เมษายน 2513 อายุ 51 ปี 9 เดือน 9 วัน

ที่อยู่: 61 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การพญา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:27 น.  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023  
--- Register By HOSxP---

9.32 10.02 7/1

**Sinopharm** กล่องที่ **823**  
ขวดที่ **13**

Lot No:20210882593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000823X0051217  
Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางฟ้า อ้าห้อง อายุ 91 ปี ปชช 3930600253208 บ้านเลขที่ 10 หมู่ที่ 6 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ /  ผู้รับบริการ

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก 32.5 กก ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย 35.4 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 130/80/94 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 140/60/91 mmHg ชีพจร 66 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ 10/65 61

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมายเหตุ

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

53

HN 000045997 CID 3930600253208

ชื่อ-นามสกุล นางพั้ว ดำน้อย

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายอนนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600253208



HN:000045997

ชื่อ นางพั้ว ดำน้อย

วันเกิด 2 กันยายน 2474 อายุ 90 ปี 4 เดือน 9 วัน

ที่อยู่: 10 หมู่ 6 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:30 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.49 Sinopharm

10-19 22/12 กล่องที่ 826

ขวดที่ 4



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051248

Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางค้ำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ นายชัชชาติ นานนท์ อายุ ๖๑ ปี พชช. ๙๙๐๐๑๐๑๐๘๕๙๙๑ บ้านเลขที่ ๔๗ หมู่ที่ ๘ ต.เกาะนางค้ำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๔๑๐๘๗๑๘

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

- 1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- 2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
- 3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
- 4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
- 6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
- 8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
- 9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ  ผู้รับบริการ      ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....) (.....)

น้ำหนัก ๖๙ กก. ส่วนสูง ๑๖๕ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๕.๖ °C เริ่มฉีดเวลา .....  
 ก่อนฉีด      ความดันโลหิต ๑๒๑ / ๘๐ mmHg      ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที  
 หลังฉีด 30 นาที      ความดันโลหิต ๑๑๘ / ๖๕ mmHg      ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที  
 อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ซัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

## บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

68

HN 000091487 CID 3900101085971

ชื่อ-นามสกุล นายยะผาด หาหลัก

เบอร์ติดต่อ 0941087148

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กัญจนนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

## ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3900101085971



HN: 000091487

ชื่อนายยะผาด หาหลัก

วันเกิด 3 ธันวาคม 2500 อายุ 64 ปี 1 เดือน 7 วัน

ที่อยู่: 47 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:30 น.  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.48

Sinopharm



10.18 21/12

กล่องที่ 826  
ขวดที่ 2

Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001105330482  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000826X0051246  
Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑ วัคซีน ชิโนฟาร์ม ( ) รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ชื่อ นพภรณ์ กัททันเหมื่อน อายุ ๓๖ ปี ปชช. ๓๙๓๐๖๐๐๐๒๓๙๑๑ บ้านเลขที่ ๓๙/๑ หมู่ที่ ๘ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘ ๕๖ ๒๕๗ ๔๘๐

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / กัททันเหมื่อน กัททันเหมื่อน ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๖๙ กก. ส่วนสูง ๑๘๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๕.๕ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๖๔ / ๙๐ / ๘๐ mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๖๒ / ๗๙ mmHg ชีพจร ๗๑ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App: **หมอพร้อม**

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๗๐

HN 000015983 CID 3930600023911

ชื่อ-นามสกุล ..... นายสมัน สมันเหมือน

เบอร์ติดต่อ ..... 0856287480

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600023911



HN: 000015983

ชื่อนายสมัน สมันเหมือน

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2491 อายุ 73 ปี 6 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 179/1 หมู่ 8 ต.เกาะนกงา อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติแพ้ยาหรือมีข้อน่าสงสัย กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:31 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๑๙/๑๒  
Sinopharm



กล่องที่ 825  
ขวดที่ 18  
Lot No: 20210882593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051242  
Label V.3.08.2564

ชื่อ น. .... ๑..... วัคซีน..... ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.


ชื่อ นางนันทสิริ นาคัน อายุ 81 ปี พชช. 393060024106 บ้านเลขที่ 156 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นางนันทสิริ นาคัน อายุ 81 ปี วันที่ฉีด 9 มิ.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ 0611537114

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง DM, HT, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ /  ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 69 กก. / ส่วนสูง..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย 35.5 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 178/99/156 mmHg ชีพจร..... ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 133/69/106 mmHg ชีพจร..... ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ 100/20 63

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

HN 000000144 CID 3930600241706

ชื่อ-นามสกุล ..... นางหนับสี๊ะ หล้าสูบ

เบอร์ติดต่อ ..... 0611587114

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน (มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/265 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600241706



HN:000000144

ชื่อนางหนับสี๊ะ หล้าสูบ

วันเกิด 1 มกราคม 2477 อายุ 87 ปี 12 เดือน 9 วัน

ที่อยู่: 156 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาเจียนอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:31

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

Dr. Lfb  
**Sinopharm**

20/2

กล่องที่ 825  
ขวดที่ 20



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051244  
Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ.....ห.ก. ไธรัมย์.....โทรเลข.....ศิริตะ.....อายุ.....32.....ปี.....ปชช.....1930600107400.....บ้านเลขที่.....131.....หมู่ที่.....5.....ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac AstraZeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล.....ห.ก. ไธรัมย์.....โทรเลข.....ศิริตะ.....อายุ.....32.....ปี.....วันที่ฉีด.....9/12/64.....เบอร์โทรศัพท์.....046-3025212

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ.....ห.ก. ไธรัมย์.....โทรเลข.....ศิริตะ.....ผู้รับบริการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก.....74.....ก.ก ส่วนสูง.....155.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย.....36.7.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....159/82.....mmHg ชีพจร.....111.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....128/77.....mmHg ชีพจร.....120.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....142/83.....105.....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๖๖

HN 000070897 CID 1930600107400

ชื่อ-นามสกุล ..... น.ส.โรหิณี ไต้ตะตะ

เบอร์ติดต่อ ..... 0863025212

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19 Sinopharm ชนิด.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19 (สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1930600107400



HN: 000070897

ชื่อ น.ส.โรหิณี ไต้ตะตะ

วันเกิด 16 สิงหาคม 2532 อายุ 32 ปี 4 เดือน 25 วัน

ที่อยู่: 131 หมู่ 5 สะพานงำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง .....

BP. .... PR. .... Temp. ....

Note. ....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:32 น  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023  
--- Register By HOSxP---

๙.๕๗

๒๗/๒

Sinopharm

กล่องที่ 826

ขวดที่ 14



Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001105330482  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000826X0051258  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ หน้าเหนือ หิมนที อายุ ๗๐ ปี ปชช. 3930600060361 บ้านเลขที่ 131 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล หน้าเหนือ หิมนที อายุ ๗๐ ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๓๒๒๙๒๒๘๕

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง HT, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

35.4

ลงชื่อ หน้าเหนือ หิมนที ผู้รับบริการ  
(หน้าเหนือ หิมนที)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 50 กก. / ส่วนสูง 158 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 35.๕ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 150/88 mmHg ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 135/26 mmHg ชีพจร 76 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot Line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

29

HN 000021453 CID 3930600060361

ชื่อ-นามสกุล ..... นางโฉะ หิมหลิ

เบอร์ติดต่อ ..... 0932292285

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด ภาณุฉนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600060361



HN:000021453

ชื่อนางโฉะ หิมหลิ

วันเกิด 1 มกราคม 2494 อายุ 70 ปี 12 เดือน 9 วัน

ที่อยู่: 134 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:23 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.28

2/1 9.05

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 3



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000823X0051207  
Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ นพ.ปณิธาน แก้วสุโขทัย อายุ 49 ปี พช. 3930600053018 บ้านเลขที่ 1341 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาย ปณิธาน แก้วสุโขทัย อายุ 49 ปี วันที่ฉีด 9 ธันวาคม 2021 เบอร์โทรศัพท์ 0932292285

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / นาย ปณิธาน แก้วสุโขทัย ผู้รับบริการ  
 (นาย ปณิธาน แก้วสุโขทัย)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก 49 กก / ส่วนสูง 161 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 34.2 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 84/50/89 mmHg ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 102/72 mmHg ชีพจร 69 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



Appหมอพร้อม

25

HN 000059422 CID 3930600053918

ชื่อ-นามสกุล นายเจ๊ะฮูณ แก้วสุขแสง

เบอร์ติดต่อ 0932292285

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600053918



HN:000059422

ชื่อนายเจ๊ะฮูณ แก้วสุขแสง

วันเกิด 4 กรกฎาคม 2515 อายุ 49 ปี 6 เดือน 7 วัน

ที่อยู่: 134/1 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้หรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:24 น  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

เจ๊ะฮูณ แก้วสุขแสง

2/2

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 4



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000823X0051208  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางสาว นมาศ ใจดี อายุ ๖๓ ปี พชช. 3930600053341 บ้านเลขที่ 243/1 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นางสาว นมาศ ใจดี อายุ ๖๓ ปี วันที่ฉีด ๙ มี.ค. ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ / .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง HT, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางสาว นมาศ ใจดี ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 55 กก. / ส่วนสูง 148 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 35 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 164/51/115 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 144/103 mmHg ชีพจร 111 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

12

HN 000028938 CID 3930600055341

ชื่อ-นามสกุล ..... น.ส.ลำไฉะ หมดไฉะ

เบอร์ติดต่อ .....

วันที่ยื่น(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600055341



HN:000028938

ชื่อ น.ส.ลำไฉะ หมดไฉะ

วันเกิด 7 มิถุนายน 2501 อายุ 63 ปี 7 เดือน 5 วัน

ที่อยู่: 243/1 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ หรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:24 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๑.๒๗  
ลำไฉะ หมดไฉะ

๑.๕๗  
3/2

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 6



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051210

Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ นายเกิด นนทพูน อายุ ๗๙ ปี พช. 3930600056364 บ้านเลขที่ 80 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ ๗๙ ปี วันที่ฉีด ๙ ค.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง คัดลอกเลือดลม

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด ~~ใช่~~  ไม่ใช่    
 อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น  ใช่  ไม่ใช่   
 เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ เกิด นนทพูน ผู้รับบริการ  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก 46.4 กก / ส่วนสูง..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย 35.5 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด                      ความดันโลหิต 132/80/84 mmHg      ชีพจร..... ครั้ง/นาที  
 หลังฉีด 30 นาที              ความดันโลหิต 145/93/73 mmHg      ชีพจร 69 ครั้ง/นาที  
 อาการภายหลังสังเกตอาการ 172/74

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนัดมาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

3

HN 000053342 CID 3930600056364

ชื่อ-นามสกุล นายโกต หนูหมาน

เบอร์ติดต่อ

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid 19 Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายงมา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600056364



HN:000053342

ชื่อนายโกต หนูหมาน

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2485 อายุ 79 ปี 6 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 80 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:25 1

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSXP---

ด. 40 10.10 12/1

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 3



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051227

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ ~~นายสันหนาน~~ ~~ท้าวเนลัน~~ อายุ 19 ปี พชช. 1909802679895 บ้านเลขที่ 53/1 หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด..... 9 ธ.ค. 21..... เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ~~สันหนาน~~..... ผู้รับบริการ  
 (.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก ~~150~~ 70 กก. ส่วนสูง 180 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 37.7 °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 120/59/75 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 113/68 mmHg ชีพจร 91 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....  
 .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

## บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

50

HN 000067349 CID 1909802679895

ชื่อ-นามสกุล นายอรรณน หวังเหล้าะ

เบอร์ติดต่อ .....

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ชนิด.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

## ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1909802679895

HN: 000067349

ชื่อนายอรรณน หวังเหล้าะ

วันเกิด 3 กันยายน 2545 อายุ 19 ปี 4 เดือน 8 วัน

ที่อยู่: 53/1 หมู่ 5 ต.ทะเลนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:25 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.98

10.08

11/1

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 1



Lot No: 202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000825X0051225

Label V.3.08.2564

ใช้มีที่ ๑ วัคซีน ชิโนฟาร์ม ( ) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ชื่อ นาย นราภรณ์ นพาทเนสิน อายุ ๒๙ ปี พช. 1801400159351 บ้านเลขที่ 53/1 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ /

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

- 1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- 2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
- 3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
- 4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
- 6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
- 8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
- 9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / กรรณิการ์ ภูมิศักดิ์ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 54 ก.ก ส่วนสูง 1.60 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 35.9 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 136 / 94 mmHg ชีพจร 84 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 116 / 60 mmHg ชีพจร 90 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

## บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

52

HN 000011262 CID 1801400159351

ชื่อ-นามสกุล นายรณพงศ์ หวังเหล้า

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ชนิด.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

## ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1801400159351



HN: 000011262

ชื่อนายรณพงศ์ หวังเหล้า

วันเกิด 30 กรกฎาคม 2535 อายุ 29 ปี 5 เดือน 12 วัน

ที่อยู่: 53/1 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:26 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.37  
Sinopharm



10.07 10/2  
กล่องที่ 823  
ขวดที่ 20  
Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000823X0051224  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ หญิงกัญญา นิมมาน อายุ ๗๕ ปี ปชช. ๓๙๓๐๖๐๐๐๖๐๓๒๙ บ้านเลขที่ 13A หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล หญิงกัญญา นิมมาน อายุ ๗๕ ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค.๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๓๒๒๙๒๒๘๕

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง H1, DL1.

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด  ใช่  ไม่ใช่  
 อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น  ใช่  ไม่ใช่  
 เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / หญิงกัญญา นิมมาน ผู้รับบริการ  
 (หญิงกัญญา นิมมาน)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก 48 กก. ส่วนสูง 160 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 34.7 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 188/86/75 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 159/93/64 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ 169/95 67 .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



App หมอพร้อม

30

HN 000058990 CID 3930600060329

ชื่อ-นามสกุล นายหลี่ หิมหลี่

เบอร์ติดต่อ 0932292285

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนนา สักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600060329



HN:000058990

ชื่อนายหลี่ หิมหลี่

วันเกิด 29 พฤศจิกายน 2488 อายุ 76 ปี 1 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 134 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1              | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)              | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2               | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:22 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

หลี่ หิมหลี่  
๑.๕๗ 9/1

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 5



Lot No:20210882593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051209

Label V.3.08.2564



เข็มที่ ๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นวาทิ อินทนิล นมเอกแท้ อายุ ๕๘ ปี พช. ๖๙๓๐๖๐๐๕๖๑๘๖ บ้านเลขที่ ๕๕ หมู่ที่ ๔ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นวาทิ อินทนิล นมเอกแท้ อายุ ๕๘ ปี วันที่ฉีด ๙ ค.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

๓๔.๗

ลงชื่อ นวาทิ อินทนิล นมเอกแท้ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๔3 กก ส่วนสูง ๑๖๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๔.๗ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๖๙ / ๖๙ mmHg ชีพจร ๘๑ ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๓๔ / ๘๓ mmHg ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

19

HN 000032671 CID 3930600056186

ชื่อ-นามสกุล .....นางเจ๊มิหน๊ะ หมุดเหล็ก

เบอร์ติดต่อ .....

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600056186



HN:000032671

ชื่อ นางเจ๊มิหน๊ะ หมุดเหล็ก

วันเกิด 1 มกราคม 2486 อายุ 78 ปี 12 เดือน 9 วัน

ที่อยู่: 77 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1              | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)              | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2               | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยี่ห้อเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:22 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

เจ๊มิหน๊ะ หมุดเหล็ก 4/1

Sinopharm 823  
ขวดที่ 7



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000823X0051211  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นาย ดลธรธอนัน นามสกุล นมาณี อายุ 31 ปี พชช. 1930600109076 บ้านเลขที่ 114 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน**

ชื่อ-นามสกุล นาย ดลธรธอนัน อายุ 31 ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค. 64 เบอร์โทรศัพท์ 0650599588

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นาย ดลธรธอนัน นมาณี ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 62 ก.ก ส่วนสูง 170 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 37.4 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 122 / 83 / 73 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 116 / 80 / 65 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ 118 / 84 71

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มาใช้บริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

65

HN 000043074 CID 1930600102076

ชื่อ-นามสกุล นายคณหรือหมาน หมานดำ

เบอร์ติดต่อ 0650579588

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ชนิด.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1930600102076



HN: 000043074

ชื่อนายคณหรือหมาน หมานดำ

วันเกิด 5 มกราคม 2532 อายุ 32 ปี 12เดือน 4 วัน

ที่อยู่: 114 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

ณ. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1              | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)              | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2               | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีข้อมูลเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:21

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.00 5/1

9.30 Sinopharm

กล่องที่ 823  
ขวดที่ 9



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000823X0051213  
Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑ วัคซีน ซิโนฟาร์ม ( ) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ชื่อ นวรัตน์ นวกัณฑ์ อายุ ๕๓ ปี พช. ๕๙๓๐๖๐๐๒๔๙๐๒๒ บ้านเลขที่ ๗๓/๑ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นวรัตน์ นวกัณฑ์ อายุ ๕๓ ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค. ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / นวรัตน์ นวกัณฑ์ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ~~๕๕~~ ๕๕.๙ กก ส่วนสูง ๑.๗๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๙ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๒๗/๖๘/๘๘ mmHg ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๖ mmHg ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



APPหมอพร้อม

51

HN 000071773 CID 3930600249022

ชื่อ-นามสกุล นายมุข หวังเหล้า

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600249022



HN:000071773

ชื่อนายมุข หวังเหล้า

วันเกิด 24 เมษายน 2511 อายุ 53 ปี 8 เดือน 17 วัน

ที่อยู่: 53/1 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1              | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)              | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2               | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาระงับเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:20 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๑.๖๒

10.02 6/12

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขนาดที่ 12



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051216

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
ชื่อ นาย ตรีเนตร ไนมดอ อายุ 43 ปี พช. 3901100867330 บ้านเลขที่ 43 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาย ตรีเนตร ไนมดอ อายุ 43 ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค. 64 เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

- 1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- 2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
- 3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
- 4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
- 5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
- 6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
- 8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
- 9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ตรีเนตร ไนมดอ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....๖๕.....ก.ก ส่วนสูง.....๑.๖๗.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย.....๓๖.๙.....°C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....๑๔๑/๙๗/๙๔.....mmHg ชีพจร.....๗๕.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....๑๔๐/๘๕.....mmHg ชีพจร.....๗๒.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

- 1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
- 2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
- 3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ซากครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๒1

HN 000103532 CID 3901100867330

ชื่อ-นามสกุล ..... นายตรีเนตร โหมดอด

เบอร์ติดต่อ ..... 0653753966

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กัญจนาศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19 (สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3901100867330



HN: 000103532

ชื่อ นายตรีเนตร โหมดอด

วันเกิด 28 กรกฎาคม 2521 อายุ 43 ปี 5 เดือน 15 วัน

ที่อยู่: 43 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ปฏิเสธการแพทย์

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1              | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)              | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2               | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการแพ้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:18 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๑.๓  
Sinopharm

๑๐๑  
6/1  
กล่องที่ 823

ขวดที่ 11



Lot No: 202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000823X0051215

Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑..... วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ.....นายดำशन นนทรชัย..... อายุ.....๗๕.....ปี พชช.....๕๙๓๐๖๐๐๐๒๐๐๗๒..... บ้านเลขที่.....๕๑..... หมู่ที่.....๘..... ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล.....นายดำशन นนทรชัย..... อายุ.....๗๕.....ปี วันที่ฉีด.....๙.....เดือน.....๑๒..... เบอร์โทรศัพท์.....๐๕-๔๐๙๓๕๖๓

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง Pl ติดเตียง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ.....ดำशन นนทรชัย..... ผู้รับบริการ  
(ดำशन นนทรชัย)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....69.....กก ส่วนสูง.....170.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย.....37.๔.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....87/60/80.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....99/60/86.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

2

HN 000030974 CID 5930600020072

ชื่อ-นามสกุล นายคำฮาน หมัดระหีม

เบอร์ติดต่อ 0654093563

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 5930600020072



HN: 000030974

ชื่อนายคำฮาน หมัดระหีม

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2489 อายุ 75 ปี 6 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 51 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note. ....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1              | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)              | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2               | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:17 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.42  
คำฮาน หมัดระหีม

13/11

Sinopharm

กล่องที่ 825  
ขวดที่ 5

Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051229  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑..... วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ.....นายสันติชัย นมาทให้.....อายุ.....45.....ปี ปชช. 3930600243813 บ้านเลขที่.....18.....หมู่ที่.....8.....ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล.....นายสันติชัย นมาทให้.....อายุ.....45.....ปี วันที่ฉีด.....9 ธ.ค. 64..... เบอร์โทรศัพท์.....0813965125

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ.....นายสันติชัย นมาทให้.....ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....65.....กก / ส่วนสูง.....180.....ซม. อุณหภูมิร่างกาย.....37.4.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....116/88/74.....mmHg ชีพจร.....74.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....116/86.....mmHg ชีพจร.....74.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แผลบน้ำอาก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



APP หมอพร้อม

6

HN 000021689 CID 3930600243873

ชื่อ-นามสกุล นายสันติชัย หมาดโละ

เบอร์ติดต่อ 0873965725

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600243873



HN: 000021689

ชื่อนายสันติชัย หมาดโละ

วันเกิด 19 พฤศจิกายน 2519 อายุ 45 ปี 1 เดือน 20 วัน

ที่อยู่: 18 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note .....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1              | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1          | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)              | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2               | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input checked="" type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้หรือมีอาการแพ้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:16 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

9.28 9.58  
1/2

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 2



Lot No: 20210882593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000823X0051206

Label V.3.08.2564

ชื่อ.....วาศินี..... ตำบล.....วัดจีน..... อำเภอ.....ชีโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙..... เดือน.....ธันวาคม..... พ.ศ.....๒๕๖๔..... เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐..... น.

ชื่อ.....นภาพัทธินันท์..... เพศ.....หญิง..... อายุ.....๘๒..... ปี ปชช.....๓๙๓๐๖๐๐๐๖๐๙๑๑..... บ้านเลขที่.....๑๑..... หมู่ที่.....๘..... ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca-โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล.....นภาพัทธินันท์..... อายุ.....๘๒..... ปี วันที่ฉีด.....๙ ธ.ค ๖๔..... เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

- 1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
- 2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
- 3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
- 4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด  ใช่  ไม่ใช่  
อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา
- 5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
- 6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น  ใช่  ไม่ใช่  
เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น
- 7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
- 8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
- 9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
- 10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

35.7

ลงชื่อ.....(ลายนิ้วมือ)..... ผู้รับบริการ      ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ

น้ำหนัก.....๕๕..... ก.ก / ส่วนสูง.....๑๖๕..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด      ความดันโลหิต.....136 / 65..... mmHg      ชีพจร.....๘7..... ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที      ความดันโลหิต.....126 / 62..... mmHg      ชีพจร.....72..... ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ซากิ่งซิก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App: หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๖๗

HN 000007455 CID 3930600060744

ชื่อ-นามสกุล ..... นางดิหิมะ เจ๊ะหิม

เบอร์ติดต่อ ..... 0899771097

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนา สักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600060744



IIN: 000007455

ชื่อ นางดิหิมะ เจ๊ะหิม

วันเกิด 29 เมษายน 2482 อายุ 82 ปี 8 เดือน 13 วัน

ที่อยู่: 141 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note: .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเสริมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:15 น  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSXP---

9.24  
Sinopharm



1/1 9.54  
กล่องที่ 823  
ขวดที่ 1  
Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000823x0051205  
Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑ วัคซีน ซิโนฟาร์ม ( ) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.  
 ชื่อ นางสาวทัศนีย์ นิลทนต์ อายุ ๕๑ ปี พช ๓๙๓๐๒๐๐๐๗๙๙๙ บ้านเลขที่ ๙๗ หมู่ที่ ๔ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙.๑๒.๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางทัศนีย์ นิลทนต์ ผู้รับบริการ  
 (นางสาวทัศนีย์ นิลทนต์)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก ๖๙.๕ กก. ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย 35.1 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 157 / 82 / 106 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 154 / 81 / 105 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ ๗๖ / ๘๓ / ๙๖

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ขาด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

19

HN 000058620 CID 3930600057999

ชื่อ-นามสกุล ..... นางฝ้ายดีหม๊ะ บิลหมัด

เบอร์ติดต่อ ..... 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600057999



HN: 000058620

ชื่อ-นามสกุล ..... นางฝ้ายดีหม๊ะ บิลหมัด

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2483 อายุ 81 ปี 6 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 97 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15,02-โรคความ

ดันโลหิตสูง

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

หม. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp. ....

Note .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:14

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๙.๓๖

10.๐๖

9/1

Sinopharm

กล่องที่ 823



ขวดที่ 17

Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051221

Label V.3.08.2564





# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- สิ้นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

39

HN 000032118 CID 3930600059410

ชื่อ-นามสกุล นายบัณฑิต ฝ่าหลิว

เบอร์ติดต่อ 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600059410



HN:000032118

ชื่อนายบัณฑิต ฝ่าหลิว

วันเกิด 30 พฤศจิกายน 2489 อายุ 75 ปี 1 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 121 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอื่นอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:11 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

Sinopharm

กล่องที่ 823

ขวดที่ 19



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051223

Label V.3.08.2564

10.09

10/1

ดร.ชว

เข็มที่ ๑ วัคซีน ซิโนฟาร์ม ( ) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ชื่อ นพคุณนรอน ก้าโพธิ์ อายุ 82 ปี ปชช. 3930600290192 บ้านเลขที่ 68 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac AstraZeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ ..... ปี วันที่ฉีด ๑๑.๑๒.๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๔๖๓๕๑๔๓๑

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / น. (๕๕๐) ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก / 75 กก. ส่วนสูง ..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย ..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 134 / 100 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที 146 / 85 P-80

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 104 / 64 mmHg ชีพจร 84 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

17

HN 000032639 CID 3930600250152

ชื่อ-นามสกุล ..... นางฉะหรือ สาสี๊ะ

เบอร์ติดต่อ ..... 084-7351431

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสน

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(ส่วนบัตรนัด)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600250152



HN:000032639

ชื่อ นางฉะหรือ สาสี๊ะ

วันเกิด 30 กันยายน 2482 อายุ 82 ปี 3 เดือน 12 วัน

ที่อยู่ 68 หมู่ 5 ต.เกาะนางค้อ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การพียง: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

ณ ..... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

บันทึกประวัติการแพ้ยาแพ้เลือดสัตว์และภูมิแพ้.....

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:22

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

ฉ.น50 สาสี๊ะ 4.48 14/1

Sinopharm

กล่องที่ 825



ขวดที่ 7

Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051231

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ หวาอาพร ศรีภักภรณ์ อายุ ๕๔ ปี พชช. ๓๙๓๐๖๐๐๐๑๑๑๔ บ้านเลขที่ ๑๖๐ หมู่ที่ ๑ ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ก.ค.๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙๒๙๓๓๖๐๙

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / ฮิวส อรุณ ผู้รับบริการ  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก ๖๐ .....ก.ก ส่วนสูง ๑๖๒ .....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ ..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๒๕ / ๘๕ .....mmHg ชีพจร ๘๗ .....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๒๗ / ๗๙ .....mmHg ชีพจร ๗๕ .....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังคงมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ซัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



App Sinopharm

16

HN 000017952 CID 3930600040999

ชื่อ-นามสกุล .....นางอำพร ศรีสุวรรณ

เบอร์ติดต่อ ..... 089-2933609

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Seria! No. 20210882593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600040999



HN:000017952

ชื่อนางอำพร ศรีสุวรรณ

วันเกิด 14 กุมภาพันธ์ 2510 อายุ 54 ปี 10เดือน 26 วัน

ที่อยู่: 130 หมู่ 9 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:03 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

955 1027 27/11

**Sinopharm** กล่องที่ 826  
ขวดที่ 13

Lot No:20210882593  
S/N: 8190246001105330482  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000826X0051257  
Label V.3.08.2564

เข็มที่..... ๑..... วัคซีน..... ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่..... ๙..... เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา..... ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐..... น.

ชื่อ นหายนาลี ชัยเกษม อายุ ๖๘ ปี พชช. 3๑๓๐๖๐๐๐๘๘๖๔๒ บ้านเลขที่ 110 หมู่ที่ ๙ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นหายนาลี ชัยเกษม อายุ ๖๘ ปี วันที่ฉีด ๑ มิ.ค ๖4 เบอร์โทรศัพท์ / 082-8223922

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง HT, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / นหายนาลี ชัยเกษม ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

(.....)

น้ำหนัก / 57.3 กก. ส่วนสูง 161 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.4 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 169 / 85 mmHg ชีพจร 87 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 154 / 87 mmHg ชีพจร 69 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

5

HN 000008403 CID 3930600058642

ชื่อ-นามสกุล นายหลี่ ยี่เย่กูป

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



vn

CID: 3930600058642



HN: 000008403

ชื่อนายหลี่ ยี่เย่กูป

วันเกิด 24 พฤษภาคม 2496 อายุ 68 ปี 7 เดือน 18 วัน

ที่อยู่: 110 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคน ไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:16 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๗.๓๕

10.05 8/2

Sinopharm



กล่องที่ 823

ขวดที่ 16

Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051220

Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นายภาวิเรศ พรหมวิจิตร อายุ.....ปี ปชช. 1909801091361 บ้านเลขที่ 112 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นายภาวิเรศ พรหมวิจิตร อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 ค.ก 64 เบอร์โทรศัพท์ 0814319765

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ศิริเดช พนมวิจิตร ผู้รับบริการ  
(ศิริเดช พนมวิจิตร)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 69.....ก.ก ส่วนสูง 175.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย 35.8.....°C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 127/69/101.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 111/79/84.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

25

HN 000101405 CID 1909801097361

ชื่อ-นามสกุล นายคิรินทร์ พรหมวิจิตร

เบอร์ติดต่อ 081-4319765

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



vn

CID: 1909801097361



HN: 000101405

ชื่อนายคิรินทร์ พรหมวิจิตร

วันเกิด 3 พฤศจิกายน 2539 อายุ 25 ปี 2 เดือน 5 วัน

ที่อยู่: 2342 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ปฏิเสธการแพ้ยา

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:16 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOS&P---

๑.๒๓

10.03

7/2

Sinopharm



กล่องที่ 823

ขวดที่ 14

Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105307146

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000823X0051218

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นวาทิณี กนกญา อายุ ๕๐ ปี ปชช. ๓๙๓๐๖๐๐๒๕๑๖๖ บ้านเลขที่ ๙๒ หมู่ที่ ๙ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นวาทิณี สิมลัญ อายุ ๕๐ ปี วันที่ฉีด ๙ ๐ ๖ ๒๕๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๐๙๑๒๙๙๒๔

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ( นวาทิณี สิมลัญ ) ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

น้ำหนัก 70 กก / ส่วนสูง 165 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.24 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 126/84/90 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 119/83/93 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ 125/177 90

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๑๓

HN 000010929 CID 3930600251876

ชื่อ-นามสกุล นางสาวสุณี สมสุข

เบอร์ติดต่อ 0807129924

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053071462

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(ใช้กับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600251876



HN:000010929

ชื่อนางสุณี สมสุข

วันเกิด 14 มกราคม 2514 อายุ 50 ปี 11 เดือน 26 วัน

ที่อยู่: 92 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การพัก: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่วนเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง .....

BP. .... PR. .... Temp. ....

Note: .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:17 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๑.๓๑  
Sinopharm



10.01  
5/2  
กล่องที่ 823  
ขวดที่ 10  
Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105307146  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000823X0051214  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นายมหาหมื่น ปานสี อายุ 48 ปี ปชช. ๒930100006596 บ้านเลขที่ ๒4 หมู่ที่ 1 ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 ค.ค.๖4 เบอร์โทรศัพท์ 0930002057

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ มหาหมื่น ปานสี ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 62.....ก.ก ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 139/95/88 mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 115/81 mmHg ชีพจร 75 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



● ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน

App หมอพร้อม

● ใช้ หรือ ปวดศีรษะ

● ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน

● ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย

● คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก

● ผื่นลมพิษ

● อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

40

HN 000074165 CID 5930600006576

ชื่อ-นามสกุล นายมะหนับ ฝาคหลี

เบอร์ติดต่อ 0930004057

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กัญจนาศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



vn

CID: 5930600006576



HN: 000074165

ชื่อนายมะหนับ ฝาคหลี

วันเกิด 17 ธันวาคม 2516 อายุ 47 ปี 12 เดือน 24 วัน

ที่อยู่: 64 หมู่ 4 ต.เกาะหมาก อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:17 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.24

มะหนับ ฝาคหลี

19/1

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 13



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051237

Label V.3.08.2564

เข็มที่..... ๑..... วัคซีน..... ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่..... ๙..... เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา..... ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐..... น.

ชื่อ หม่อมมาต หนงสงวน อายุ ๗๘ ปี ปชช ๓๙๓๐๖๐๐๐๑๗๗๐ บ้านเลขที่ ๒ หมู่ที่ ๘ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล หม่อมมาต หนงสงวน อายุ ๗๗ ปี วันที่ฉีด ๙ มี.ค ๖4 เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๒-๒๖๔๐๒๔๖

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง DM, HT, DM, CVA

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ หม่อมมาต หนงสงวน ผู้รับบริการ  
(หม่อมมาต หนงสงวน)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๕๗ กก. / ส่วนสูง ๑๕๕ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๘๗/๙๘ mmHg ชีพจร ๗๗ ครั้ง/นาที ๗๘/๑๗ P106 III

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๖๘/๘๘ mmHg ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

4

HN 000024551 CID 3930600051770

ชื่อ-นามสกุล นายอุหมาด หนูสงวน

เบอร์ติดต่อ 080-9397083

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน (มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายงนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



vn

CID: 3930600051770



HN: 000024551

ชื่อ นายอุหมาด หนูสงวน

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2486 อายุ 78 ปี 6 เดือน 11 วัน

ที่อยู่: 2 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note: .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเคมีอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:18 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 623

--- Register By HOSxP---

อุหมาด หนูสงวน 10/12/64 13/12

Sinopharm



กล่องที่ 825

ขวดที่ 6

Lot No: 202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000825X0051230

Label V.3.08.2564



เข็มที่ ๑ วัคซีน ซิโนฟาร์ม ( ) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ชื่อ นภาพร วนธแก้ว อายุ ๑๖ ปี พช. 3930600246082 บ้านเลขที่ 16 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๑๐.๓.๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ /..... ผู้รับบริการ

(นางสาว วนธแก้ว)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(.....)

น้ำหนัก /..... กก / ส่วนสูง 143 ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 131/66 mmHg ชีพจร 71 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 124/73 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP Sinopharm

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

58

HN 000000751 CID 3930600246082

ชื่อ-นามสกุล นางฝ้าย วันชูแก้ว

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



vn  
CID: 3930600246082



HN: 000000751

ชื่อนางฝ้าย วันชูแก้ว

วันเกิด 5 มกราคม 2471 อายุ 93 ปี 12 เดือน 5 วัน

ที่อยู่: 16 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน T10-T15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP: ..... PR: ..... Temp.....

Note: .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:21 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSXP---

ฝ้าย วันชูแก้ว 9.53 15/11  
Sinopharm กล่องที่ 825  
ขวดที่ 9



Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051233  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางเมื่อก ทอวงประม อายุ 80 ปี พชช. 3930600250262 บ้านเลขที่ ๗2 หมู่ที่ ๙ ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac AstraZeneca โรงพยาบาลปากพะยูน**

ชื่อ-นามสกุล นางเมื่อก ทอวงประม อายุ ๗๐ ปี วันที่ฉีด ๙ มิ.ค ๖4 เบอร์โทรศัพท์ ๐8๙8๖๖1๗8

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง DM, HT, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางเมื่อก ทอวงประม ผู้รับบริการ  
(นางเมื่อก ทอวงประม)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 7๗ กก / ส่วนสูง ..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.4 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 11๗/๗๐ mmHg ชีพจร 75 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 117/67 mmHg ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

15

HN 000030926 CID 3930600250462

ชื่อ-นามสกุล ..... นางเมื่อก ทองประสม

เบอร์ติดต่อ ..... 0878361178

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210852593 / 81902460011053193359

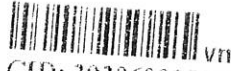
Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600250462



HN:000030926

ชื่อนางเมื่อก ทองประสม

วันเกิด 28 มีนาคม 2484 อายุ 80 ปี 9 เดือน 13 วัน

ที่อยู่: 72 หมู่ 9 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15,02-โรคความ

ดันโลหิตสูง

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13.20 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.07

วันที่ 18/12

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 16



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051240

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัดซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นายภักดิ์ หนงวรรณ อายุ 10 ปี ปชช. 3930100212800 บ้านเลขที่ 117 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค. 64 เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง ดิฉัน

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด  ใช่  ไม่ใช่  
 อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น  ใช่  ไม่ใช่  
 เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ภักดิ์ หนงวรรณ ผู้รับบริการ  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก 44.2 กก. ส่วนสูง 160 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.2 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 115/65 mmHg ชีพจร 77 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 99/55 mmHg ชีพจร 88 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

## บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



App หมอพร้อม

HN 000074161 CID 3930600242800

ชื่อ-นามสกุล นายสวัสดิ์ หนูสงวน

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด ภาณุจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับสำเนาที่)

## ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600242800



HN: 000074161

ชื่อนายสวัสดิ์ หนูสงวน

วันเกิด 27 เมษายน 2524 อายุ 40 ปี 8 เดือน 14 วัน

ที่อยู่: 177 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:21 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

11-26

36/1

Sinopharm

กล่องที่ 827



ขวดที่ 11

Lot No: 20210882593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000827X0051275

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ.....นางสาวกัญญา.....ภักดิ์.....อายุ ๖๘ ปี ปชช. ๖๑๗๐๖๐๐๒๔๔๖๑ บ้านเลขที่ ๑๐๗ หมู่ที่ ๘.....ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac AstraZeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล.....นางสาวกัญญา.....ภักดิ์.....อายุ ๖๘ ปี วันที่ฉีด.....๙.๑๒.๖๔.....เบอร์โทรศัพท์...../.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ.....นางสาวกัญญา.....ภักดิ์.....ผู้รับบริการ  
(.....นางสาวกัญญา.....ภักดิ์.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....๖๖.....ก.ก ส่วนสูง.....๑.๖๗.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย.....๓๖..... °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต.....๑๖๘/๙๘/๙๔.....mmHg ชีพจร.....๖๔.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต.....๑๖๖/๙๘.....mmHg ชีพจร.....๖๓.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ซัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

54

HN 000022493 CID 3930600244471

ชื่อ-นามสกุล นายสันติ สันธิวงศ์

เบอร์ติดต่อ 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



vn

CID: 3930600244471



HN:000022493

ชื่อนายสันติ สันธิวงศ์

วันเกิด 1 มกราคม 2526 อายุ 38 ปี 12 เดือน 9 วัน

ที่อยู่: 207 หมู่ 1 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนการ: ฝากส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:59 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.05

29/12

Sinopharm

กล่องที่ 826

ขวดที่ 18



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000826X0051262

Label V.3.08.2564



เข็มที่ ๑ วัคซีน ซิโนฟาร์ม ( ) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่ ๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ชื่อ น.ภ. นริพนธ์ ศักดิ์ อายุ 49 ปี ปชช. 3930600252180 บ้านเลขที่ 97 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 -Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล น.ภ. นริพนธ์ ศักดิ์ อายุ 49 ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค. 64 เบอร์โทรศัพท์ 0612508615

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ / น.ภ. นริพนธ์ ศักดิ์ ผู้รับบริการ  
( น.ภ. นริพนธ์ ศักดิ์ )

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 36 กก ส่วนสูง 155 ซม. อุณหภูมิร่างกาย ..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 85/46 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 72/45 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



Appหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

64

HN 000054756 CID 3930600252180

ชื่อ-นามสกุล น.ส.หริหมีะ สาโสะ

เบอร์ติดต่อ

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600252180



HN:000054756

ชื่อ น.ส.หริหมีะ สาโสะ

วันเกิด 1 มีนาคม 2515 อายุ 49 ปี 10เดือน10 วัน

ที่อยู่ 97 หมู่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์ ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก:ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

ณ. .... ตำบลสูง.....

BP. .... PR. .... Temp. ....

Note .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13.23 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

หริหมีะ สาโสะ 9.42 16/11

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 11



Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051235  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางไทม จันทน์แก้ว อายุ ๕๐ ปี พช ๙๙๖๐๖๐๐๒๔๙๒๙๙ บ้านเลขที่ ๑๕ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางไทม จันทน์แก้ว ผู้รับบริการ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ

(นาง ไทม จันทน์แก้ว )

(.....)

น้ำหนัก ๕๐ กก. ส่วนสูง ๑๕๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๕๒/๖๑ mmHg ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๓๔/๖๑ mmHg ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ซัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



APPหมอพร้อม

63

HN 000039403 CID 3930600248298

ชื่อ-นามสกุล นางไหม จันทร์แจ่ม

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600248298



HN: 000039403

ชื่อ นางไหม จันทร์แจ่ม

วันเกิด 7 มิถุนายน 2493 อายุ 71 ปี 7 เดือน 5 วัน

ที่อยู่ 45 หมู่ 5 ต.เกาะนางสอ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติโรคแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:24

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By HOSxP---

๑.40

ไหม จันทร์แจ่ม

15/2

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 10



Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051234  
Label V.3.08.2564

เข็มที่..... ๑..... วัคซีน..... ซิโนฟาร์ม..... (.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่..... ๙..... เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา..... ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐..... น.  
 ชื่อ น.ก.บุษิตา เพ็งมาก อายุ ๕๗ ปี พชช. 180980010919๗ บ้านเลขที่ 4/4 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล น.ก.บุษิตา เพ็งมาก อายุ ๕๗ ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค. ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ ๐๖๓๘๓๑๘๓๑๕

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ น.ก.บุษิตา เพ็งมาก ผู้รับบริการ  
 (บุษิตา เพ็งมาก)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก 57.2 ก.ก / ส่วนสูง 154 ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 128/90 mmHg ชีพจร 113 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 123/95 mmHg ชีพจร 93 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ซัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

Appหมอพร้อม

7

HN 000080717 CID 1809800109197

ชื่อ-นามสกุล น.ส.บุษิตา เพ็งมาก

เบอร์ติดต่อ 0633188315, 063-8318315

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1809800109197



HN: 000080717

ชื่อ น.ส.บุษิตา เพ็งมาก

วันเกิด 31 มีนาคม 2537 อายุ 27 ปี 9 เดือน 11 วัน

ที่อยู่ 301/1 หมู่ 4 ต.ปากพะยูนฝิ่งตะวันตก อ.ปากพะยูน จ.

การพักอาศัย: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมียาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ 2564 เวลา 13:11 น  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023  
--- Register By HOSXP---

๑.๖๓ 10.๐๙ 11/2

**Sinopharm**  
กล่องที่ 825  
ขวดที่ 2  
Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051226  
Label V.3.08.2564

เข็มที่ ๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางสิริ นมัตหนึ่ง อายุ 42 ปี พชช. 39104000656๖๖ บ้านเลขที่ ๖๕/๑ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca- โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นางสิริ นมัตหนึ่ง อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ 0888352134

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางสิริ นมัตหนึ่ง ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 61.....กก ส่วนสูง 156.....ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.8.....°C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 121/84.....mmHg ชีพจร.....85.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 119/78.....mmHg ชีพจร.....85.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....  
.....  
.....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

47

HN 000047075 CID 3910400065653

ชื่อ-นามสกุล .....นางสิริยะ หมัดหย้า

เบอร์ติดต่อ ..... 0888352134

วันนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สกรีนเจ้าหน้าที่)



CID: 3910400065653



HN: 000047075

ชื่อนางสิริยะ หมัดหย้า

วันเกิด 22 พฤศจิกายน 2522 อายุ 42 ปี 1 เดือน 18 วัน

ที่อยู่: 55/1 หมู่ 5 ต.เกาะนกงา อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง .....

BP. .... PR. .... Temp. ....

Note. ....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
นั้รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:03 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.82 10.22 25/2

Sinopharm



กล่องที่ 826

ขวดที่ 10

Lot No: 202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date: 21/02/2565

Label ID: 0000826X0051254

Label V.3.08.2564



๒๑๓๑๐๖๐๐๒๕๑๑๙๑๙

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาย ประยงค์ นาคะกุล อายุ.....ปี วันที่ฉีด..... เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี DA HT DLP ( # 1 ก.ศ ๒๕๖๐ )  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก..... 65.....ก.ก ส่วนสูง..... 1๗2.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย..... ๓๖.3 °C เริ่มฉีดเวลา..... ๑๑.35

ก่อนฉีด ความดันโลหิต..... 130/73.....mmHg ชีพจร..... 67.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต..... 140/82.....mmHg ชีพจร..... 67.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

## บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

21

HN 000006276 CID 3930600241919

ชื่อ-นามสกุล นายประหยัด หละกูป

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด ภาณุจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

## ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600241919



HN: 000006276

ชื่อนายประหยัด หละกูป

วันเกิด 31 มีนาคม 2480 อายุ 84 ปี 9 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 161 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15,02-โรคความ

ดันโลหิตสูง

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:24:1

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

11.35

36/12

กล่องที่ 827

ขวดที่ 12



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000827X0051276

Label V.3.08.2564

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac AstraZeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล ข. ส. 1105 อนุพันธ์ อายุ 65 ปี วันที่ฉีด..... เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ ข. ส. 1105 ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 62 กก. ส่วนสูง 150 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.1 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 159/103 mmHg ชีพจร 101 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 126/78 mmHg ชีพจร 88 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้สูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App: หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

31

HN 000097914 CID 3910100508011

ชื่อ-นามสกุล ..... น.ส. สະແອຣີ້ ຍູ່ຫິນນັນ

เบอร์ติดต่อ ..... 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

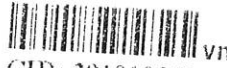
Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กายจนาศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง \*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3910100508011



HN:000097914

ชื่อ น.ส. สະແອຣີ້ ຍູ່ຫິນນັນ

วันเกิด 1 มิถุนายน 2499 อายุ 65 ปี 7 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 28 หมู่ 10 ต.ฉลุง อ.เมืองสตูล จ.สตูล

การแพ้ยา: ปฏิเสธการแพ้ยา

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีข้อมูลอยู่ กรุณามาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:24

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

10.48  
Sinopharm



34/1

กล่องที่ 827  
ขวดที่ 7

Lot No:202108B2593  
S/N: 8190246001101900024  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000827X0051271  
Label V.3.08.2564

3-9306-00243083

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาย หงษ์ หิมาหิมา อายุ 74 ปี วันที่ฉีด 9/12/64 เบอร์โทรศัพท์ 081-8984734

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง (ถูก)

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

โรคประจำตัว ความดัน เบาหวาน ไต

ลงชื่อ ..... ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 56.4 กก. ส่วนสูง 158 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.4 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 165/86 mmHg ชีพจร 83 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 99/79 mmHg ชีพจร 81 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APP หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

27

HN 000039384 CID 3930600243083

ชื่อ-นามสกุล ..... นางหย๊ะ หิมหลิ

เบอร์ติดต่อ ..... 096-9641630, 096-9641630

วันทีนัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669.074-699023

(สกรีนเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



vn

CID: 3930600243083



HN: 000039384

ชื่อ นางหย๊ะ หิมหลิ

วันเกิด 17 ธันวาคม 2490 อายุ 73 ปี 12 เดือน 24 วัน

ที่อยู่: 184 หมู่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การพैया: ENALAPRIL 5 MG

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15,02-โรคความ

ดันโลหิตสูง เสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน ..... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp .....

Note .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:25 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.35

33/1

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 5



Lot No:20210882593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000827X0051269

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นายทโยชา เกี่ยมหือต อายุ 81 ปี ปชช. 9930600078311 บ้านเลขที่ 105/3 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด 9 ธ.ค 64 เบอร์โทรศัพท์ 0959404211

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง DM, HI, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นาย ทโยชา เกี่ยมหือต ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 72 ก.ก. ส่วนสูง 168 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 141/94 mmHg ชีพจร 89 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 120/70 mmHg ชีพจร 86 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาติครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19

กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

36

HN 000060587 CID 3930600058341

ชื่อ-นามสกุล นายกริทยา เลี่ยมหมัด

เบอร์ติดต่อ 098-3060708

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน (มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด ภาณุจนา สักดิ์ใส

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600058341



HN: 000060587

ชื่อนายกริทยา เลี่ยมหมัด

วันเกิด 1 มกราคม 2480 อายุ 84 ปี 12 เดือน 8 วัน

ที่อยู่: 105/3 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp. ....

Note: .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:25 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

~~494-1450~~ สักดิ์ใส 33/2  
10.42

Sinopharm กล่องที่ 827  
ขวดที่ 6



Lot No: 202108B2593  
S/N: 8190246001101900024  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000827X0051270  
Label V.3.08.2564



เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ นางอรุณ งามนวล นามสกุล งามนวล อายุ ๖๐ ปี พชช. ๓๑๓๐๖๐๐๐๓๒๑๒๐ บ้านเลขที่ ๑๕๘ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล อรุณ งามนวล อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๑๖.๑๒.๒๕ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๒๕๓๕๓๕๒๖

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ อรุณ งามนวล ผู้รับบริการ  
 (.นางอรุณ งามนวล)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)

น้ำหนัก 42.....กก ส่วนสูง 150.....ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.9 °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 105/64.....mmHg ชีพจร 67 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 106/71.....mmHg ชีพจร 59 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

69

HN 000026043 .....CID 3930600052920

ชื่อ-นามสกุล ..... นายระเดน หีมหลี๊ะ

เบอร์ติดต่อ ..... 082-4353526

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600052920



HN: 000026043

ชื่อ นายระเดน หีมหลี๊ะ

วันเกิด 24 กุมภาพันธ์ 2504 อายุ 60 ปี 10 เดือน 15 วัน

ที่อยู่: 248 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ibuprofen

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเดิมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:26 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

10.29

32/2

Sinopharm

กล่องที่ 827



ขวดที่ 4

Lot No: 20210882593  
S/N: 8190246001101900024  
Expire Date: 21/02/2565  
Label ID: 0000827X0051268  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางทศิรินทร์ อรรถสิทธิ์ อายุ ๑๔ ปี พชช. ๖๑๑๐๖๐๖๑๑๗๖๕ บ้านเลขที่ ๑๖ หมู่ที่ ๔ ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๑๓.๑๒.๒๕๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง DM, HT, DLP

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด  
อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น  
เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางทศิรินทร์ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๕๐ กก. ส่วนสูง ๑๕๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด - ความดันโลหิต 138/85 mmHg ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 140/82 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

35

HN 000059972 CID 3910300119735

ชื่อ-นามสกุล .....นางหย๊ะ อาหลิเกะเล็ม

เบอร์ติดต่อ .....

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3910300119735

HN:000059972

ชื่อนางหย๊ะ อาหลิเกะเล็ม

วันเกิด 1 กรกฎาคม 2471 อายุ 93 ปี 6 เดือน 10 วัน

ที่อยู่: 96 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 01-โรคเบาหวาน E10-E15,02-โรคความ

ดันโลหิตสูง

สิทธิ สัมเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง .....

BP. .... PR. .... Temp. ....

Note .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้หรือมีอาการอื่นอยู่ กรุณแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:26 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร. 074 699 023

--- Register By HOSXP---

10.35

นาง อ.หลิเกะเล็ม

18/11

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 15



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051239

Label V.3.08.2564

เริ่มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ นางสาวเครือหอม นามัดหง่า อายุ ๙๐ ปี ปชช. ๙๙๓๐๖๐๐๒๔๖๕๒๐ บ้านเลขที่ ๒๒ หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca** โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด ๙ ธ.ค ๖๔ เบอร์โทรศัพท์ /

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง H, D, P

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่ ตามสัน  
โง่งสัน
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ นางสาวเครือหอม ผู้รับบริการ  
(นางสาวเครือหอม)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก.....ก.ก / ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 143/52 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 124/44 mmHg ชีพจร 83 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ 121/44

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

18

HN 000018339 CID 3930600246520

ชื่อ-นามสกุล .....นางเหริยม หมัดหย้า

เบอร์ติดต่อ .....

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาเลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนก สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

# ฉีดวัคซีน COVID-19



CID: 3930600246520



HN: 000018339

ชื่อนางเหริยม หมัดหย้า

วันเกิด 22 กรกฎาคม 2474 อายุ 90 ปี 5 เดือน 21 วัน

ที่อยู่: 22 หมู่ 5 ต.เกาะนวม อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: 02-โรคความดัน 110-115

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

แผน..... ส่วนสูง.....

BP..... PR..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการแพ้รุนแรงแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:24:1

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

9.38

เขริยม หมัดหย้า

14/2

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 8



Lot No:20210882593  
S/N: 8190246001105319335  
Expire Date:21/02/2565  
Label ID: 0000825X0051232  
Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ..... ๓๑๓๐๖๐๒21๖0๐๗.....อายุ.....๖2.....ปี ปชช.....บ้านเลขที่.....14.....หมู่ที่.....๕.....ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน**

ชื่อ-นามสกุล..... น.ส.ยุหนาน กันพพาน..... อายุ..... ปี วันที่ฉีด..... ๙ ธ.ค ๖4..... เบอร์โทรศัพท์..... ๐๙๔๕๙๗2๖๘1.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก..... 55..... ก.ก ส่วนสูง..... 160..... ซม. อุณหภูมิร่างกาย..... °C เริ่มฉีดเวลา.....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต..... 101/64/55, 101/65/59..... mmHg ชีพจร..... ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต..... 90/57..... mmHg ชีพจร..... 67..... ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ.....  
.....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน

ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



APPหมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

65

HN 000100320 CID 3930600246007

ชื่อ-นามสกุล น.ส.สุหนาบ สันหนาน

เบอร์ติดต่อ 082-4354966

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน

(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(ส่วนด้านหลังบัตร)



CID: 3930600246007



HN:000100320

ชื่อ น.ส.สุหนาบ สันหนาน

วันเกิด 19 กันยายน 2502 อายุ 62 ปี 3 เดือน 23 วัน

ที่อยู่ 14 หมู่ 5 ต.เกาะนกงา อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ปฏิเสธการแพทย์

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ สัมเสริมสุขภาพเพื่อไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาใดอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:25 น.

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร: 074 699 023

--- Register By: HOS&P---

สุหนาบ สันหนาน

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 12



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051236

Label V.3.08.2564

9.44

16/2





# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

๑๓

HN 000103863 CID 3930600361175

ชื่อ-นามสกุล นายสุรชาติ พุ่มภูมั่ง

เบอร์ติดต่อ

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053304829

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา สักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930600361175



HN:000103863

ชื่อนายสุรชาติ พุ่มภูมั่ง

วันเกิด 6 มีนาคม 2513 อายุ 51 ปี 10 เดือน 6 วัน

ที่อยู่: 8/1 หมู่ 6 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพทย์: ปฏิเสธการแพทย์

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... FR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด Astrazeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้หรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 14:02 น  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSxP---

Sinopharm



กล่องที่ 826

ขวดที่ 6

Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105330482

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 000826X0051250

Label V.3.08.2564

๑๕๐

10-20

23/2

303030001520A

แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน

ชื่อ-นามสกุล นาย นพศักดิ์ สุขงาม อายุ 41 ปี วันที่ฉีด..... เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือแพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ  
(นาย นพศักดิ์ สุขงาม)

ลงชื่อ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก 65 กก. ส่วนสูง 175 ซม. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต 137/109 mmHg ชีพจร 67 ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต 114/20 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

คำแนะนำ

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าใช้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

APPหมอพร้อม

26

HN 000068438 CID 3930300015204

ชื่อ-นามสกุล นายมนัส สวยงาม

เบอร์ติดต่อ 0631301225

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 20210882593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด ภาณุจนา ศักดิ์แสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 3930300015204



HN:000068438

ชื่อนายมนัส สวยงาม

วันเกิด 15 เมษายน 2523 อายุ 41 ปี 8 เดือน 26 วัน

ที่อยู่: 63 หมู่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การเที่ยว: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน..... ส่วนสูง.....

BP..... PR..... Temp.....

Note.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือยาเสริมอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:22 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOSXP---

๓๗

35/2

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 10



Lot No:20210882593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000827X0051274

Label V.3.08.2564

เข็มที่.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ

วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.

ชื่อ คุณ อภิชนา นิสิตภักดิ์ อายุ.....ปี ปชช ๑๙๗๖ ๐๐๑๐ ๙๙ บ้านเลขที่ ๑๐๓ หมู่ที่ ๒ ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน**

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด..... เบอร์โทรศัพท์ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ อภิชนา นิสิตภักดิ์ ผู้รับบริการ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
(.....)

น้ำหนัก ๕๕ ก.ก ส่วนสูง ๑๖๕ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๕.๕ °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด ความดันโลหิต ๑๑๖ / ๗๒ mmHg ชีพจร ๘๖ ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที ความดันโลหิต ๑๑๕ / ๘๕ mmHg ชีพจร ๗๔ ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พุดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย

Appหมอพร้อม

2A

HN 000032773 CID 1930600141811

ชื่อ-นามสกุล นายอภิรักษ์ วรรณละม้าย

เบอร์ติดต่อ 0

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19 Sinopharm ขนาดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011053193359

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศิวดีแสง

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สกรีนเจ้าหน้าที่)



vn  
CID: 1930600141811



HN:000032773

ชื่อนายอภิรักษ์ วรรณละม้าย

วันเกิด 11 มิถุนายน 2538 อายุ 26 ปี 7 เดือน 1 วัน

ที่อยู่: 106 หมู่ 2 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การหย่า: ไม่มีประวัติการหย่า

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน. .... ส่วนสูง.....

BP. .... PR. .... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการแพ้ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 13:10 :  
โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023  
--- Register By HOSxP---

๑. 40

12/12

Sinopharm

กล่องที่ 825

ขวดที่ 4



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001105319335

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000825X0051228

Label V.3.08.2564


.....๑.....วัคซีน.....ซิโนฟาร์ม.....(.....) ณ รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ  
 วันที่.....๙.....เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ เวลา.....๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐.....น.  
 ชื่อ นพ.ชวโรจน์ 01๖๖๗10๓ อายุ 2๗ ปี ปชช 193๐๖๐๐15๖๖๐๕ บ้านเลขที่ ๙3 หมู่ที่ ๕ ต.เกาะนางคำ

**แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 Sinovac-Astrazeneca โรงพยาบาลปากพะยูน**

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันที่ฉีด.....๙ ธ.ค.๖๔..... เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง  ตามความจริง

1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี  ใช่  ไม่ใช่
2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์  ใช่  ไม่ใช่
3. คุณมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือ ส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง  ใช่  ไม่ใช่
4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด - 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่
5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ นอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน  ใช่  ไม่ใช่
6. คุณมีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
7. คุณมีภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด  ใช่  ไม่ใช่
8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ  ใช่  ไม่ใช่
9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น  ใช่  ไม่ใช่
10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่

ลงชื่อ  ผู้รับบริการ      ลงชื่อ ..... ผู้ให้บริการ  
 (.....)      (.....)

น้ำหนัก.....๕๕.๕.....กก. ส่วนสูง.....๑๖๐.....ซม. อุณหภูมิร่างกาย.....๓๖..... °C เริ่มฉีดเวลา .....

ก่อนฉีด      ความดันโลหิต.....๙๗/๕๕.....mmHg      ชีพจร.....๑๐๐.....ครั้ง/นาที

หลังฉีด 30 นาที      ความดันโลหิต.....๙๕/๕๕.....mmHg      ชีพจร.....๙๒.....ครั้ง/นาที

อาการภายหลังสังเกตอาการ .....

**คำแนะนำ**

1. แม้ท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนแล้วยังมีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เป็นต้น
2. หลังฉีด 2 วัน อย่าใช้แขนข้างที่ฉีด อย่าเกร็ง หรือยกของหนัก
3. ควรประเมินอาการตัวเองต่อเนื่องอีก 48-72 ชั่วโมง อาจพบผลข้างเคียง เช่น ปวด บวม บริเวณที่ฉีด ไข้ต่ำๆ เมื่อยล้า หรือ มีลมพิษ แต่ถ้าไข้ขึ้นสูงมาก แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปากเปื่อย พูดไม่ชัด ควรกลับไปโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการทันที

# บัตรนัด

ผู้ได้รับบริการฉีดวัคซีน COVID-19  
กรุณานำบัตรนี้มาด้วย ! มารับบริการวัคซีนเข็มที่ 2



Hot line : 1422/1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับ วัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



App หมอพร้อม

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น หอ้งเสียน

46

HN 000073276 CID 1930600156605

ชื่อ-นามสกุล ..... นายรอชี อาแวก็อจี

เบอร์ติดต่อ ..... 0864575260

วันที่นัด(เข็ม2) 29 ธันวาคม 2564 เวลา 08:30 น.

สถานที่รับวัคซีน ศาลาประชาคม ที่ว่าการ อ.ปากพะยูน  
(มาถึงจุดคัดกรองก่อนเวลานัด 30 นาที)

เข็มที่ 1 ชื่อวัคซีน Covid19-Sinopharm ขวดที่.....

Lot/Serial No. 202108B2593 / 81902460011019000242

Expire Date 21/02/65 วันที่ได้รับวัคซีน 09/12/64

ผู้ฉีด กาญจนา ศักดิ์เสมอ

\*\*\* โรงพยาบาลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง\*\*\*  
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โทร 1669,074-699023

# ฉีดวัคซีน COVID-19

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



CID: 1930600156605



HN:000073276

ชื่อ นายรอชี อาแวก็อจี

วันเกิด 23 พฤษภาคม 2541 อายุ 23 ปี 7 เดือน 20 วัน

ที่อยู่: 93 หมู่ 5 ต.เกาะนางเงือก อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง

การแพ้ยา: ไม่มีประวัติการแพ้

โรคประจำตัว: ไม่มีข้อมูล

แผนก: ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปคนไทยฟรี

นน ..... ส่วนสูง.....

BP ..... PR ..... Temp.....

Note.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 1     | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinovac เข็มที่ 2     |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 1 | <input type="checkbox"/> ฉีด AstraZeneca เข็มที่ 2 |
| <input type="checkbox"/> ฉีด AZ (Booster dose)     | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 1      |
| <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer เข็มที่ 2      | <input type="checkbox"/> ฉีด pfizer (Booster dose) |
| <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 1   | <input type="checkbox"/> ฉีด Sinopharm เข็มที่ 2   |

หากมีประวัติการแพ้ยาหรือมีอาการอยู่ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่  
วันที่รับบริการ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12:56 น

โรงพยาบาลปากพะยูน โทร : 074 699 023

--- Register By HOS&P---

38/2

Sinopharm

กล่องที่ 827

ขวดที่ 16



Lot No:202108B2593

S/N: 8190246001101900024

Expire Date:21/02/2565

Label ID: 0000827X0051280

Label V.3.08.2564