



# แนวทางการให้บริการวัคซีน โควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี



กรมควบคุมโรค  
10 สิงหาคม 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น  
สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี

กรมควบคุมโรค  
10 สิงหาคม 2565

## แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กอายุ 5 – 11 ปี

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์

ดร.สุภัทธร จำปาทอง

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

นายแพทย์วิชาญ ปาวัน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

### คณะบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

นายแพทย์สรายุทธ์ บุญสุข

แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์

นายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย

แพทย์หญิงปิยดา อังศุวัชรากร

นางสาวปรารณพิชญ์ วิหารทอง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองอธิบดีกรมอนามัย

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

## แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ในเด็กอายุ 5 - 11 ปี

10 สิงหาคม 2565

### 1. กำหนดการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการให้วัคซีนโควิด 19 ในประชาชนไทย โดยเริ่มให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จากผลการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันในตัวที่ได้รับวัคซีนพบว่า ไม่ว่าจะฉีดด้วยสูตรไขว้วัคซีน Sinovac กับวัคซีน Pfizer หรือวัคซีน Pfizer 2 เข็ม สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูง แต่ระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงภายหลังได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคโดยเฉพาะสายพันธุ์โอมิครอน และเมื่อฉีดกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นมาก และป้องกันสายพันธุ์ที่กลายพันธุ์ได้ดีขึ้น โดยจากการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ใหญ่พบว่า วัคซีนชนิด Pfizer กระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูงกว่าวัคซีนเชื้อตาย ซึ่งมีอัตราการเกิดอาการข้างเคียงมากกว่าวัคซีนเชื้อตาย แต่ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นทุกชนิดสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ดี

ที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 5/2565 วันที่ 2 สิงหาคม 2565 และที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 476 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2565 มีมติให้คำแนะนำการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ในเด็กอายุ 5-11 ปี เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันในกลุ่มเป้าหมายในสูงเพียงพอต่อการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรง และการระบาดของโรคโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11ปี จึงแนะนำแนวทางการพิจารณาการให้วัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นในเด็กอายุ 5-11 ปี ดังนี้

#### 1.1 กรณีที่ยังไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 มาก่อน แนะนำการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ในกลุ่มเป้าหมายอายุ 5-11 ปี ดังนี้

1.1 หากได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มแล้ว แนะนำให้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 1 เข็ม หลังการได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยสามารถรับวัคซีนได้ทุกชนิดและขนาดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยตามช่วงอายุ

#### 1.2 กรณีที่มีประวัติเคยติดเชื้อโควิด 19 แนะนำการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในกลุ่มเป้าหมายอายุ 5-11 ปี ดังนี้

2.1 หากไม่เคยได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีน 1 เข็ม\* แนะนำให้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 1 เข็ม หลังจากติดเชื้อตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยสามารถรับวัคซีนได้ทุกชนิดและขนาดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยตามช่วงอายุ

2.2 หากได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มแล้ว\* ยังไม่แนะนำให้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในขณะนี้ เนื่องจากได้รับการกระตุ้นภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อแล้ว

หมายเหตุ: \* วัคซีนโควิด 19 ทุกชนิด

รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กำหนดการให้วัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1, 2 และเข็มกระตุ้น ในเด็กอายุ 5-11 ปี

กรณียังไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 มาก่อน

	เข็มที่ 1	ระยะห่างระหว่างเข็ม	เข็มที่ 2	ระยะห่างระหว่างเข็ม	เข็มกระตุ้น* (เต็มโดส)
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม	ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	Pfizer ฝาสีส้ม
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		Sinovac / Pfizer ฝาสีส้ม
	Sinovac	4 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		

กรณีเคยติดเชื้อโควิด 19  
ไม่เคยได้รับวัคซีน

	ระยะห่าง	เข็มกระตุ้น* (เต็มโดส)
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	ติดเชื้อ	Pfizer ฝาสีส้ม
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี		Sinovac /Pfizer ฝาสีส้ม

ได้รับวัคซีนแล้ว 1 เข็ม

	เข็มที่ 1	ระยะห่าง	เข็มกระตุ้น* (เต็มโดส)
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	ติดเชื้อ	Pfizer ฝาสีส้ม
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม		Sinovac / Pfizer ฝาสีส้ม
	Sinovac		

ได้รับวัคซีนแล้ว 2 เข็ม

	เข็มที่ 1	ระยะห่างระหว่างเข็ม	เข็มที่ 2	ระยะห่าง	เข็มกระตุ้น
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม	ติดเชื้อ	ยังไม่แนะนำ (เนื่องจากได้รับการกระตุ้น ภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อ)
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		
	Sinovac	4 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		

หมายเหตุ \*แผนภาพระบุเฉพาะวัคซีนภาครัฐในขณะนี้ อย่างไรก็ตามสามารถพิจารณาให้วัคซีนได้ทุกชนิดและขนาดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยตามช่วงอายุ

## 2. แผนบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี

ขอให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานามัย กทม. สํารวจความต้องการวัคซีนเข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี และแจ้งเบิกวัคซีนไปยังกรมควบคุมโรค ผ่านทาง google form <https://bre.is/HnrftP5G> ภายในวันที่ 24 สิงหาคม 2565 เพื่อให้กรมควบคุมโรคจัดส่งวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี ต่อไป กรณีไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลา สามารถเบิกวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กได้ ตามระบบเบิกวัคซีนโควิด 19 รอบปกติของกรมควบคุมโรคและกองตรวจราชการ

หากมีกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีน ประสงค์จะรับวัคซีนเข็มที่ 1 หรือเข็มที่ 2 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานครสามารถพิจารณาให้บริการได้ตามที่เห็นสมควร ตามแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานามัย กทม. สามารถบริหารจัดการวัคซีนที่มีอยู่ในพื้นที่ได้ตามบริบทความเหมาะสม โดยวัคซีน Sinovac จะหมดอายุในวันที่ 30 กันยายน 2565 และวัคซีน Pfizer ฝาสี่สี จะหมดอายุในวันที่ 31 ธันวาคม 2565

หมายเหตุ: ข้อมูลวันหมดอายุของวัคซีนที่ระบุข้างต้น เป็นข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565 ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลการหมดอายุของวัคซีนอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ จึงขอให้ติดตามการขยายอายุวัคซีนอย่างใกล้ชิด และบริหารจัดการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ

## 3. ระยะเวลาดำเนินการ

3.1 ผ่านระบบสถานศึกษา ดำเนินการฉีดเข็มกระตุ้นได้สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี ได้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2565 เป็นต้นไป

3.2 ผ่านระบบสถานพยาบาล ดำเนินการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นได้เมื่อมีความพร้อม หรือตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ทั้งนี้ขอให้ดำเนินการให้บริการวัคซีนเข็มกระตุ้นให้เสร็จสิ้นโดยเร็วเพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดภาคเรียนที่ 2/2565 และขอให้วางแผนการฉีดวัคซีนให้ครบทุกโดสก่อนที่วัคซีนจะหมดอายุเป็นสำคัญ

## 4. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

## 5. รายละเอียดการบริหารจัดการโดยทั่วไป

สามารถศึกษาได้จากแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์ฝาสี่สีสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 28 มกราคม 2565 โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค [https://ddc.moph.go.th/dcd/journal\\_detail.php?publish=12219](https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=12219) และแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค [https://ddc.moph.go.th/dcd/journal\\_detail.php?publish=12328](https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=12328)

6. แบบสำรวจความประสงค์การได้รับวัคซีน (ภาคผนวกที่ 1-4)

7. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง (ภาคผนวกที่ 5)

8. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี (ภาคผนวกที่ 6)

9. ตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี (ภาคผนวกที่ 7)

ในกรณีที่เด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีน และประสงค์จะรับวัคซีนเข็มที่ 1 หรือเข็มที่ 2 ขอให้ใช้เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง แบบคัดกรองก่อนรับบริการ และตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ทั้งในระบบสถานศึกษาและระบบสถานพยาบาล ตามแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค [https://ddc.moph.go.th/dcd/journal\\_detail.php?publish=12328](https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=12328)



แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19  
(ไฟเซอร์ ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)  
สำหรับเด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี



แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19  
สำหรับเด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี  
(ฉบับวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕)

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี จำแนกรายชนิดวัคซีน รายห้องเรียน

แบบสำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี จำแนกรายชนิดวัคซีน รายห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลความประสงค์ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นสำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับวัคซีน			หมายเหตุ
					Sinovac	Pfizer ฝาสีส้ม	ไม่ประสงค์รับวัคซีน	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
	จำนวนรวม							

หมายเหตุ: 1. ความประสงค์การขอรับวัคซีน พิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครองนักเรียน

2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา



ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา

แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับ	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน (คน)			หมายเหตุ
			Sinovac	Pfizer ฝาสีส้ม	ไม่ประสงค์รับวัคซีน	
1	อ.1 หรือ.....					
2	อ.2 หรือ.....					
3	อ.3 หรือ.....					
4	ป.1 หรือ.....					
5	ป.2 หรือ.....					
6	ป.3 หรือ.....					
7	ป.4 หรือ.....					
8	ป.5 หรือ.....					
9	ป.6 หรือ.....					
	จำนวนรวม					

ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา รายจังหวัด

แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา รายจังหวัด  
จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนรายโรงเรียนและกำหนดชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน

ลำดับ	อำเภอ/เขต	ชื่อโรงเรียน	สังกัด	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน (คน)			หมายเหตุ
					Sinovac	Pfizer ฝาสีส้ม	ไม่ประสงค์รับวัคซีน	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
	จำนวนรวม							

ภาคผนวกที่ 4 แบบเบิกวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก อายุ 5-11 ปี รายจังหวัด

แบบเบิกวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก อายุ 5-11 ปี รายจังหวัด

คำชี้แจง ขอให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมจำนวนวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี

ลำดับ	เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	จำนวนนักเรียนที่มีความประสงค์รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (คน)	วัคซีนที่ขอเบิก (โดส)		หมายเหตุ
					Sinovac	Pfizer ฝาสีส้ม	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
	จำนวนรวม						

หมายเหตุ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักอนามัย กทม. สืบหาความต้องการวัคซีนเข็มกระตุ้น สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี และแจ้งเบิกวัคซีนไปยังกรมควบคุมโรค ผ่านทาง google form <https://bre.is/HnrftP5G> ภายในวันที่ 24 สิงหาคม 2565

## ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น



### เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น

สิงหาคม 2565

#### ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

##### โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อกับการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วยประมาณ 2 - 14 วัน อาการของโรคมั้ตั้งแต่ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส และอาจจะรุนแรงจนเกิดอาการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

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

##### ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

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

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

วัคซีนโควิด 19 ที่สามารถฉีดได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 - 11 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขให้บริการ คือ วัคซีนไฟเซอร์ (ไฟเซอร์-BioNTech) ผลิตจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5 - 11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งใช้ที่กำหนด (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) และวัคซีนซิโนแวค เป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ จากผลการศึกษาในระดับภูมิคุ้มกันในเด็กที่ได้รับวัคซีนพบว่ามึระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงภายหลังได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป

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

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

## ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง) .....

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ของนักเรียน (ถ้ามี) .....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- ข้าพเจ้า
- 1)  ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) เข็มกระตุ้น ห่างจากเข็มที่ 2 หรือหลังจากติดเชื้อ เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป
  - 2)  ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนซิโนแวค เข็มกระตุ้น ห่างจากเข็มที่ 2 หรือหลังจากติดเชื้อ เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป
  - 3)  ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น
- สาเหตุ (ถ้ามี).....
- และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการในวันที่ฉีดวัคซีน

## ภาคผนวกที่ 6 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี



### แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี

คำชี้แจง ขอให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย  ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด 19 หรือการติดเชื้อโควิด 19		
1.1	ไม่เคยได้รับวัคซีน และติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
1.2	เคยได้รับวัคซีน 1 เข็ม และติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
1.3	เคยได้รับวัคซีน 2 เข็ม และไม่เคยติดเชื้อโควิด 19	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
2	เด็กเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
3	เด็กมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
4	เด็กมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
5	เด็กกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
6	เด็กมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

วัคซีนไฟเซอร์ (ฟาสีสัมสูตรสำหรับเด็ก) ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ฉีดในเด็กอายุ 5 ปี ถึง ไม่เกิน 12 ปี

วัคซีนซิโนแวค ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ฉีดในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป

ข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565

ภาคผนวกที่ 7 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี



ที่ .....

โรงเรียน.....

สิงหาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี

เรียน ท่านผู้ปกครอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น

จำนวน 1 ชุด

2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี

จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนโควิด 19 เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี ในวันที่ ..... เวลา ..... จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่..... รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร. ....