

คู่มือการใช้งานระบบนันทน์พร้อม สำหรับกลุ่มนันทน์ student

1. เข้าไปที่ [Nont Student \(xn--o3cdavpl4ezlya.com\)](https://www.xn--o3cdavpl4ezlya.com) หรือ

https://www.xn--o3cdavpl4ezlya.com/nontprompt/wcontent/content_viewfile/nontstudent

2. ไปที่ ตรวจสอบรายชื่อนักเรียนและยืนยันข้อมูล ปุ่มสีเขียว เพื่อเข้าสู่หน้าตรวจสอบข้อมูล

📣 นันทน์ Student เปิดให้ตรวจสอบ ยืนยันนัดฉีดวัคซีน นักเรียน/นักศึกษาอายุ 12-18 ปี

*** Will be announced soon / ยังไม่เผยแพร่ ***

📣 นันทน์ Student เปิดให้ตรวจสอบ ยืนยันนัดฉีดวัคซีน นักเรียน/นักศึกษาอายุ 12-18 ปี

📄 เข้าระบบนันทน์พร้อม เพื่อตรวจสอบรายชื่อ ยืนยัน และ รับเอกสารการเข้ารับการฉีดวัคซีน ที่ https://www.xn--o3cdavpl4ezlya.com/nontprompt/wcontent/content_viewfile/nontstudent

🕒 ได้ตั้งแต่วันที่ ถึง วันที่ 12 ต.ค. 64 ก่อนเวลา 17.00 น.

- 📍 ลงทะเบียนที่ IMPACT Arena เมืองทองธานี
- 📍 ฉีดวัคซีนที่ IMPACT Exhibition Center Hall 5-6
- วันที่ 15 ต.ค. จำนวน 18,000 คน
 - วันที่ 16 ต.ค. จำนวน 21,000 คน
 - วันที่ 17 ต.ค. จำนวน 21,000 คน

!!โปรดอ่านและให้ความสำคัญ!!

กรุณาพิมพ์เอกสารดังต่อไปนี้ออกจากระบบ และนำไปด้วยในวันฉีดวัคซีน

1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์
2. เอกสารบันทึกการให้บริการและยินยอมการรับวัคซีนโควิด-19

เอกสารทั้ง 2 ฉบับ ต้องมีลายเซ็นผู้ปกครอง

และเด็กนักเรียน/นักศึกษาผู้รับการฉีดวัคซีน **ต้องนำบัตรประชาชนตัวจริงไปในวันฉีดวัคซีนด้วย!!**

🔍 ตรวจสอบรายชื่อ
นักเรียน/นักศึกษา และ
ยืนยันเข้ารับวัคซีน

3. ทำการกรอกเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลการลงทะเบียน

หน้าแรก ลงทะเบียนฉีดวัคซีน COVID-19 ตรวจสอบชื่อผู้ลงทะเบียน

ตรวจสอบชื่อผู้ลงทะเบียนฉีดวัคซีน จ. นนทบุรี (นันทน์ Student)

หมายเหตุ: * (เครื่องหมายดอกจัน) หมายถึง ข้อมูลที่ต้องระบุให้ครบถ้วน

📄 กรอกหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก

ค้นหา

ข้อมูลย่อ

- กรอกหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ของนักเรียน/นักศึกษาที่ลงทะเบียนไว้ แล้วคลิกปุ่ม "ค้นหา"
- ระบบจะทำการค้นหารายชื่อของท่านจากฐานข้อมูลผู้ลงทะเบียน นนทบุรี Student ผ่าน Google form
- หากค้นหาแล้วไม่พบรายชื่อของท่าน หรือ มีข้อผิดพลาด (เช่น ชื่อ นามสกุลผิด) กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ทางไลน์ @nontvac

* ก่อนทำการตรวจเช็คข้อมูลลงทะเบียน ตรงส่วนหัวข้อจะต้องเป็น ตรวจสอบรายชื่อผู้ลงทะเบียนฉีดวัคซีน จ. นนทบุรี (นนท์ student) เท่านั้น เนื่องจากระบบนนท์พร้อมมีหน้าเช็คข้อมูลตาม Event ต่างๆ อาจทำให้ค้นหาผิดพลาดได้

4. หน้าแสดงข้อมูลการลงทะเบียน หลังจากที่คุณค้นหาข้อมูลด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักแล้ว หากมีข้อมูลการลงทะเบียน ระบบจะแสดงหน้าข้อมูลการลงทะเบียนสำหรับกลุ่มคนที่มีนัดออกมาทันที

ตัวอย่างหน้าข้อมูลการลงทะเบียนสำหรับกลุ่มคนที่มีนัดจากระบบนนท์พร้อม

ตรวจสอบชื่อผู้ลงทะเบียนฉีดวัคซีน จ. นนทบุรี (นนท์ Student)

หมายเหตุ: * (เครื่องหมายดอกจัน) หมายถึง ข้อมูลที่ต้องระบุให้ครบถ้วน

◆ ข้อมูลผู้ลงทะเบียน นนทบุรี Student

ผู้ลงทะเบียน: [ชื่อผู้ลงทะเบียน]

โรงเรียน/มหาวิทยาลัย/สถาน: [โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย นนทบุรี]

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน: [เลขที่บัตรประชาชน]

วันเกิด: [2/1/1998] อายุ (ปี): 18 เพศ: [ชาย]

ยอมรับข้อกำหนดและยืนยันเข้ารับวัคซีน *

หมายเหตุ: ภายหลังจากยืนยันเข้ารับวัคซีนแล้ว โปรดดำเนินการดังต่อไปนี้

- พิมพ์เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีน และให้ผู้ปกครองเซ็นกำกับ
- พิมพ์เอกสารเอกสารบันทึกการให้บริการและยินยอมการรับวัคซีนโควิด-19 และให้ผู้ปกครองเซ็นกำกับ

ยืนยันเข้ารับวัคซีน

ข้อมูลประกอบไปด้วย

1. ผู้ลงทะเบียน
2. โรงเรียนที่กำลังศึกษาอยู่
3. วัน/เดือน/ปีเกิด
4. อายุ
5. เพศ

* โปรดอ่านหมายเหตุ เงื่อนไขต่างๆ ก่อนทำการยืนยันเข้ารับวัคซีน การยืนยันเข้ารับวัคซีนจะกดได้แค่ครั้งเดียวเท่านั้น หรือ สามารถยืนยันได้แค่ครั้งเดียวเท่านั้น


ก่อนทำการยืนยันจำเป็นต้องยอมรับข้อกำหนดก่อนทุกครั้ง ถึงจะยืนยันได้

5.ใบนัดฉีดวัคซีน หลังจากที่ทำกรกดยืนยันแล้ว ระบบจะแสดงใบนัดออกมาดังภาพ



นัดหมายรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 จ.นนทบุรี 🎓 นนท์ Student

ชื่อ-นามสกุล: [Redacted]
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน: [Redacted]
ชื่อสถานศึกษา: โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย นนทบุรี
วันเกิด: [Redacted] อายุ: [Redacted] ปี เพศ: [Redacted]
น้ำหนัก: [Redacted] กก. ส่วนสูง: [Redacted] ซม.
โรคประจำตัว: ไม่มี

 **นัดฉีดวัคซีน นนท์ Student:**
15/10/2021 8:00 น.
📌 เพื่อลดการรอคอยและความแออัด โปรดมาตามเวลาที่นัดหมาย

📌 ข้อความสำคัญ โปรดอ่าน

ขอความร่วมมือให้ท่านดาวน์โหลดและพิมพ์เอกสาร พร้อมให้ผู้ปกครองลงนามกำกับในเอกสารทั้งสองฉบับ ตามลิงก์ด้านล่าง (เอกสารทั้งสองฉบับนี้จะถูกลงชื่อ/ข้อมูล และ QR code ของนักเรียน/นักศึกษา แยกแต่ละท่านไว้แล้ว)

- 📄 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีน (2 หน้า)**
- 📄 เอกสารบันทึกการให้บริการและยินยอมการรับวัคซีนโควิด-19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา (1 หน้า)**

- เอกสารทั้งสองฉบับให้นำส่งกลับคืนเจ้าหน้าที่ในวันฉีดวัคซีน
- หากไม่สะดวกพิมพ์มาเอง ท่านสามารถรับเอกสารได้ที่จุดลงทะเบียน (ผู้ปกครองต้องมาเซ็นต์กำกับให้ในวันฉีดวัคซีน) *****กรณีมารับเอกสารที่จุดลงทะเบียน ต้องใช้บัตรประชาชนผู้รับการฉีดวัคซีนในการนำข้อมูลเข้าระบบ หากไม่นำบัตรประชาชนมา จะไม่สามารถปริ้นเอกสารออกจากระบบ เป็นเหตุให้ไม่สามารถรับการฉีดวัคซีนได้**
- ขอให้นักเรียน/ศึกษานำบัตรประชาชน (บัตรจริง) ของตนเองมาในวันฉีดวัคซีนด้วย

🔍 ตรวจสอบรายชื่อนักเรียนและยืนยันเข้ารับวัคซีนท่านอื่น ๆ

🏠 กลับหน้าแรก

กรุณาอ่านในกรอบสีแดงให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขและเอกสาร ต่างๆ ประกอบด้วย

- เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง
- เอกสารบันทึกการให้บริการและการยินยอมการรับวัคซีนโควิด-19 สำหรับนักเรียน

* เอกสารทั้ง 2 อย่างนี้ จะต้องมีลายเซ็นผู้ปกครอง และนำมาสนามฉีดด้วย

ตัวอย่างเอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง

เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนโควิด

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะช็อคหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หนึ่งถึงมือ ล้างมือเป็นประจำ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ในขณะนี้ (ณ วันที่ 15 กันยายน 2564) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย ให้ใช้ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป มีเพียงชนิดเดียว ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) และได้ผ่านการเห็นชอบให้ใช้ฉีดขึ้นสู่ร่างกายและอนุกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยวัคซีนนี้เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pfizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีการแพ้ยารุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีนไฟเซอร์ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรควางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่มีใจหรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบอยู่ ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 มากกว่าเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาบรรเทาอาการ และควรออกกำลังภายหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังมีความเสี่ยงทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบเฉียบพลัน โดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการที่ร่างกายหรืออาการของหลายระบบ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ มีลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ ในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปีได้ โดยพบอาการดังกล่าวหลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมีผู้ป่วยในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่เต็มหรือใจสั่น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระลอกที่พบว่ามีผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดการไม่พึงประสงค์หรือไม่แน่ใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีลมพิษตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่เต็ม ใจสั่น ซึ่งเป็นอาการที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือโทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครองของ มีความสัมพันธ์เป็น

ที่อยู่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

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

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

ชื่อสถานศึกษา.....โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย นนทบุรี.....ชั้นปี.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ศึกษารายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ (ถ้ามี)

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....


หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ชื่อครูผู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ QR code

เอกสารฉบับวันที่ 17 กันยายน 2564 เอกสารฉบับวันที่ 17 กันยายน 2564

หมายเหตุ เอกสารชุดนี้จำเป็นต้องมีลายเซ็นของผู้ปกครอง

ตัวอย่างเอกสารบันทึกการให้บริการและการยินยอมการรับวัคซีนโควิด-19 สำหรับนักเรียน



เอกสารบันทึกการให้บริการและยินยอมการรับวัคซีนโควิด-19 : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ศูนย์ฉีดภาคสนาม อิมแพ็ค เมืองทองธานี

ฉีดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. 2564 HN.....

ชื่อ..... อายุ..... ปี โรงเรียน.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. เบอร์โทรศัพท์..... ศึกษาในระดับชั้น.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. อุณหภูมิ.....°C

ให้ผู้ปกครองกรอกข้อมูลโดยหัวข้อเครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความจริง	ใช่	ไม่ใช่
1. นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ฉีด		
2. นักเรียนเคยมีประวัติแพ้วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง		
3. นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน		
4. นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)		
5. นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์		
6. นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)		
7. นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายก่อน)		
8. นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่		
9. นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)		

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง โดยข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์โดยสมัครใจ

1.ข้าพเจ้ารับทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงและอาการบวมจากการฉีดวัคซีนในครั้งนี้อยู่และยินยอมที่จะใช้สำหรับฉีดในเข็มที่ 2 (หากไม่มีเปลี่ยนแปลง)

2. บุคลากรของข้าพเจ้าไม่ยอมรับการฉีดวัคซีน covid-19 จากหน่วยงานอื่นมาก่อนแต่อย่างใด โดยมาเข้ารับการฉีดวัคซีน ตามที่กระทรวงสาธารณสุข จัดฉีดให้ในวันนี้เป็นครั้งแรก หากบุคลากรของข้าพเจ้าได้รับการฉีดวัคซีนในวันนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ต่อมาปรากฏในภายหลังว่า บุคลากรข้าพเจ้าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน covid-19 จากหน่วยงานอื่น ๆ ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะค่าเสียหายอันเกิดจากการฉีดวัคซีนเข็มนี้ และยินยอมให้ดำเนินคดีทั้งในทางแพ่งและอาญาตามกฎหมายทันที

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้ให้บริการ

QR Code วัคซีนฉีดวัคซีน

ผู้ให้บริการฉีด.....

เวลาที่ฉีด.....

หมายเหตุ เอกสารชุดนี้จำเป็นต้องมีลายเซ็นของผู้ปกครอง

ในกรณีที่กลับมาค้นหาข้อมูลการลงทะเบียนอีกครั้ง ระบบจะแจ้งว่าท่านได้ยืนยันเข้ารับวัคซีนแล้ว และจะกลับไป
หน้าในนัดอีกครั้ง หากยังไม่ได้ Download เอกสารต่างๆ ก็จะสามารถ Download ได้ตรงจุดนี้เช่นกัน

หากต้องการ Download คู่มือการใช้งาน ให้ไปที่ เมนู **คู่มือ**

หน้าแรก ลงทะเบียนฉีดวัคซีน COVID-19 ตรวจสอบชื่อผู้ลงทะเบียน การเดินทางไปสนามฉีด **คู่มือ**



เนรรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในจังหวัดนนทบุรี

จากนั้นจะมีคู่มือ Download ดังภาพ

คู่มือการใช้งาน

Download files:

 คู่มือการใช้งานระบบบันทึกพร้อม สำหรับกลุ่มนักเรียน (บันทึก student)

หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อได้ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ถ.รัตนวิเบศร์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 9503071

ศูนย์สื่อสารความเสี่ยงโควิด 19 โทร. 061 394 5402 / 061 172 2534 / 061 174 2260 / 061 394 5403