

รายการตรวจสอบและคำยินยอม ก่อนการฉีดวัคซีน บาซิลล์ แคลแมต-เกแรง(บีซีจี) Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent	SURNAME		D.O.B.	
	FIRST NAMES		AGE	SEX
	ADDRESS			
				POSTCODE
	TELEPHONE			M.R.N.

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นสำหรับการประเมินความสมบูรณ์ของสุขภาพของท่านต่อการรับการฉีดวัคซีนบาซิลล์ แคลแมท เกแรง (บีซีจี) (Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination).

อาการต่างๆ ที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ไม่จำเป็นต้องหมายความว่าท่านหรือบุตรของท่านไม่สามารถรับการฉีดวัคซีนได้ในวันนี้ แต่โปรดแจ้งให้พยาบาลทราบว่าบุคคลที่จะรับการฉีดวัคซีน:

- ไม่สบายวันนี้ (เช่นเป็นไข้ อุณหภูมิ $\geq 38.5^{\circ}$ เซลเซียส)
- มีโรคภัยที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของท่านต่ำลง (เช่น โรคคลัสเตเรีย มะเร็ง เอชไอวี/เอดส์ หรือ มีความร้ายแรงเกี่ยวกับระบบไขกระดูกหรือน้ำเหลือง) หรือกำลังอยู่ในระหว่างการบำบัดที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง (เช่น ใช้น้ำยาเข้าสู่ติ รอยด์ ซึ่งได้แก่ คอร์ทีโซนและเพร็ดนิโซน เคมีบำบัด หรือ การบำบัดด้วยการฉายแสง)
- เคยมีปฏิกิริยารุนแรงหลังจากรับการฉีดวัคซีนใดๆ
- มีอาการแพ้รุนแรงอย่างหนึ่งอย่างใด
- ได้รับการฉีดวัคซีนอื่นมาแล้วภายในเดือนที่ผ่านมา
- เคยใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (ทีบี) หรือกำลังอยู่ในระหว่างตรวจตราในฐานะเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค
- เคยได้รับการฉีดวัคซีนบีซีจีป้องกันวัณโรคมมาแล้ว

หมายเหตุ - ไม่ขอแนะนำให้บุคคลต่อไปนี้รับการฉีดวัคซีนบีซีจี:

- บุคคลที่ในอดีตมีปฏิกิริยาเชิงบวกต่อการทดสอบวัณโรคบนผิวหนัง คือปฏิกิริยามีขนาด ≥ 5 มม
- ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่ภูมิคุ้มกันตกอยู่ในอันตราย(เพราะการเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของการติดเชื้อ บีซีจีในบุคคลเหล่านี้)
- บุคคลที่มีการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง และซึ่งภาวะต่อต้านเอชไอวียังไม่เป็นที่เปิดเผย
- บุคคลซึ่งเป็นโรคผิวหนังแผ่กว้างไปทั่วตัว
- สตรีมีครรภ์ — ไม่เคยปรากฏว่าบีซีจีเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ แต่ไม่ขอแนะนำให้ใช้วัคซีนบีซีจีกับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ และ
- บุคคลที่เคยเป็นวัณโรคในอดีต

นอกจากนั้น ขอแนะนำให้คุณคนที่ เป็นคีลอยด์ (คือแผลเป็นที่มีเนื้อนูนขึ้นมา) ทราบว่า หลังจากรับการฉีดวัคซีนบีซีจีแล้ว บุคคลส่วนมากจะเป็นแผลเป็นซึ่งต่อไปอาจกลายเป็นคีลอยด์ตรงบริเวณที่ฉีดวัคซีนบีซีจี

ถ้าท่านหรือบุตรของท่านมีอาการเหล่านี้อาการหนึ่งอาการใด โปรดแจ้งให้พยาบาลทราบก่อนรับการฉีดวัคซีนบีซีจี และถ้าท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับข้อมูลนี้ หรือเรื่องใดๆที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนบีซีจี โปรดสอบถามกับพยาบาลก่อนที่จะรับการฉีดวัคซีนนี้

พยาบาลจะถามท่านว่า:

- ท่านได้อ่านและเข้าใจแบบฟอร์มนี้และแผ่นข้อมูลเกี่ยวกับการรับการฉีดวัคซีนบีซีจีหรือไม่? และ
- ท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการตัดสินใจว่าจะรับการฉีดวัคซีนบีซีจีหรือไม่?

ข้าพเจ้าได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอันตรายและประโยชน์ของการรับการฉีดวัคซีนบีซีจีแล้ว และได้มีโอกาสปรึกษาหารือกับพยาบาลคลินิกทรวงอก ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้นี้ เป็นความจริงตามความรู้ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการฉีดวัคซีนบีซีจีแก่:

I consent to the administration of the BCG vaccine for:

ขีดคร่อมคำตอบที่ไม่ต้องการ:

Cross out the incorrect response:

ตัวข้าพเจ้าเอง / บุตรของข้าพเจ้า

MYSELF / MY CHILD

ลายเซ็น:

Signature: _____

วันที่:

Date: _____

เขียนชื่อด้วยตัวบรรจง:

Print Name: _____

ความสัมพันธ์:

Relationship: _____

พยาบาล / ผู้ฉีดวัคซีนคลินิกทรวงอก:

Chest Clinic Nurse / Immuniser:

เขียนชื่อด้วยตัวบรรจง:

Print Name: _____

ลายเซ็น:

Signature: _____

ข้อคิดเห็น (Comments): _____
