

# วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปิลโลมา หรือ วัคซีนเอชพีวี



Human papillomavirus (HPV) vaccine

กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW Health) จัดโครงการฉีดวัคซีนในโรงเรียนให้เด็กวัยรุ่น ตามคำแนะนำของสภาวิจัยด้านสาธารณสุขและการแพทย์แห่งชาติ (National Health & Medical Research Council) บิดามารดา/ผู้ปกครองต้องเซ็นแบบฟอร์มให้ความยินยอม

## ขั้นตอนต่อไป

- อ่านเอกสารข้อมูลนี้โดยละเอียด
- หากท่านประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปิลโลมา (เอชพีวี – HPV) ให้ท่านกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และให้บุตรนำแบบฟอร์มที่เซ็นยินยอมแล้วคืนให้ทางโรงเรียน
- หากท่านไม่ประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปิลโลมา อย่างกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมหรือคืนแบบฟอร์มให้ทางโรงเรียน

## ถาม: เชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) คืออะไร และติดต่อได้อย่างไร

เชื้อไวรัสฮิวแมนแพปิลโลมา (เอชพีวี – HPV) เป็นเชื้อไวรัสที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดโรคได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง ติดต่อได้ทางอวัยวะเพศคู่กันระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อไวรัส เชื้อไวรัสติดต่อผ่านรอยถลอกบนผิวหนังและไม่ติดต่อผ่านทางเลือดหรือสารคัดหลั่งอื่นๆของร่างกาย การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดต่อได้อย่างจำกัดเพราะไม่สามารถคลุมอวัยวะเพศได้ทั้งหมด

คนที่มีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่จะได้รับเชื้อไวรัสเอชพีวีที่อวัยวะเพศในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยปกติร่างกายมักจะกำจัดไวรัสนี้ไปได้เองตามธรรมชาติและไม่ทำให้เกิดอาการใดๆ แต่ในบางครั้งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้ รวมทั้ง

- มะเร็งปากมดลูกในแทบทุกกรณี
- 90% ของมะเร็งทวารหนัก
- 65% ของมะเร็งช่องคลอด
- 60% ของมะเร็งบริเวณคอหอยหลังช่องปาก
- 50% ของมะเร็งอวัยวะเพศหญิง
- 35% ของมะเร็งอวัยวะเพศชาย
- หูดที่อวัยวะเพศในแทบทุกกรณี

การฉีดวัคซีนให้ผู้ชายจะช่วยป้องกันมะเร็งในผู้ชายและหูดที่อวัยวะเพศ และที่สำคัญยังสามารถช่วยป้องกันผู้หญิงจากมะเร็งปากมดลูกอีกด้วย

## ถาม: วัคซีนเหล่านี้ทำงานอย่างไร

วัคซีนเหล่านี้ทำงานโดยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคบางชนิด หากคนที่ได้รับวัคซีนแล้วสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านี้ ระบบภูมิคุ้มกันของพวกเขาจะตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้

## ถาม: วัคซีนที่จะนำมาใช้เป็นวัคซีนชนิดใด

วัคซีนเอชพีวีชนิดที่นำมาใช้สามารถป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีได้ 9 สายพันธุ์ (สายพันธุ์ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 และ 58)

## ถาม: บุตรจำเป็นต้องได้รับวัคซีนเอชพีวีกี่เข็ม

แนวทางปฏิบัติของออสเตรเลียในปัจจุบันนั้นแนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวีสองเข็มโดยฉีดห่างกันหกเดือน หลักฐานทั่วโลกระบุว่าวัคซีนเอชพีวีหนึ่งเข็มมีแนวโน้มที่จะให้ภูมิคุ้มกันอย่างเพียงพอ ท่านจะได้รับการติดต่อจากกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ หากแนวทางปฏิบัติของออสเตรเลียในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากการฉีดวัคซีนเอชพีวีสองเข็มเป็นหนึ่งเข็ม

เด็กวัยรุ่นบางรายได้รับคำแนะนำให้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี 3 เข็มตามกำหนด และควรไปรับเข็มที่สามกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP- จีพี) อย่างน้อย 4 เดือนหลังจากได้รับเข็มที่สอง ซึ่งรวมถึงนักเรียนที่ได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีเข็มแรกไม่ว่าจะเป็นชนิดใดเมื่ออายุ 15 ปีขึ้นไป นักเรียนที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องมากผิดปกติได้รับคำแนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวี 3 เข็มกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP- จีพี) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด หรือ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดขึ้นในภายหลัง (บี ลิมโฟไซต์ แอนติบอดี (B lymphocyte antibody) และ ที ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) บกพร่องทั้งหมดหรือบางส่วน, ติดเชื้อเอชไอวี, มีเนื้อร้าย, ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันขนาดสูง (ไม่รวมการไม่มีม้าม หรือการทำงานของม้ามผิดปกติ)

## ถาม: ใครควรรับการฉีดวัคซีน

ที่ศูนย์สอนภาษาอังกฤษแบบเร่งรัด (Intensive English Centres) นักเรียนอายุ 12 ปีและไม่เกิน 15 ปี ควรได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีสองเข็มตามกำหนด นักเรียนอายุ 15 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องมากผิดปกติ (อ่านคำตอบหัวข้อ “บุตรจำเป็นต้องได้รับวัคซีนเอชพีวีกี่เข็ม”) ควรรับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี 3 เข็มตามกำหนด สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านได้ที่หมายเลข 1300 066 055

## ถาม: ใครไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีน

ไม่ควรฉีดวัคซีนเอชพีวีให้แก่บุคคลต่อไปนี้

- ผู้ที่ตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์
- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงหลังจากได้รับวัคซีนเข็มก่อนหน้า
- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงเนื่องจากส่วนประกอบใดๆของวัคซีน (รายชื่ออยู่ด้านล่าง)
- มีประวัติว่ามีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงต่อยีสต์

## ถาม: วัคซีนนี้มีประสิทธิภาพดีเพียงใด

วัคซีนนี้ป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิดที่เป็นอันตรายร้ายแรงซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกกว่า 90% ในผู้หญิง และยังสามารถป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิดที่เป็นสาเหตุของมะเร็งในผู้ชายได้อีกด้วย

การวิจัยล่าสุดแสดงให้เห็นว่าวัคซีนยังคงให้ความคุ้มครองเกือบ 100% หลังจากได้รับมามากกว่า 10 ปี เนื่องจากระยะเวลาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งปากมดลูกมักใช้เวลากว่า 10 ปีขึ้นไป บทบาทของวัคซีนในการลดการเป็นมะเร็งปากมดลูกอาจจะยังไม่เป็นที่ประจักษ์ไปอีกระยะหนึ่ง

อย่างไรก็ตามจำนวนไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกลดลง 77% ซึ่งสายพันธุ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกือบ 75%

## ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นถ้าหากข้าพเจ้าต้องการรอให้บุตรโตกว่านี้ก่อน

การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดหากฉีดให้เด็กวัยรุ่นก่อนที่จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ วัคซีนจะฉีดให้ที่โรงเรียนเท่านั้น โดยท่านต้องส่งแบบฟอร์มให้ความยินยอมตัวจริงกลับคืนมาขณะที่บุตรของท่านศึกษาอยู่ที่ศูนย์สอนภาษาอังกฤษแบบเร่งรัด (Intensive English Centre) หรืออยู่ชั้นปีที่ 7 หากท่านเลือกที่จะรอให้บุตรโตกว่านี้ก่อน ท่านจะต้องนัดหมายไปรับวัคซีนที่แพทย์ทั่วไป (GP- จีพี)

## ถาม: วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีมีส่วนประกอบของสารเติมแต่งอะไรบ้าง

วัคซีนมีส่วนประกอบของ ยีสต์ สารเสริมฤทธิ์ชนิดอะลูมิเนียม (aluminium adjuvant) โซเดียมคลอไรด์ (sodium chloride) แอล-ฮิสติดีน (L-histidine) โพลีซอร์เบท (polysorbate) และ โซเดียมโบเรท (sodium borate) สารเติมแต่งที่ใส่ในวัคซีนเหล่านี้มีจำนวนน้อยมากเพื่อช่วยกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของวัคซีนหรือทำหน้าที่เป็นสารกันเสีย

## ถาม: วัคซีนปลอดภัยแค่ไหน

วัคซีนในประเทศออสเตรเลียปลอดภัยและต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวด ก่อนได้รับการอนุมัติออกใช้โดย Therapeutic Goods Administration (หน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา หรือ TGA) นอกจากนี้ TGA ยังติดตามสังเกตการณ์ความปลอดภัยหลังจากได้นำวัคซีนมาใช้แล้ว

## ถาม: ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีอะไรบ้าง

ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีเพียงเล็กน้อย มักจะมีอาการปวดบวมและแดงบริเวณที่ฉีดวัคซีน อาการข้างเคียงที่รุนแรงพบได้น้อยมาก

ผู้ปกครองในรัฐนิวเซาท์เวลส์ที่ได้รับการติดตามในวันหลังจากที่นักเรียนได้รับวัคซีนเอชพีวี รายงานว่านักเรียน 9% มีอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง ในขณะที่มีนักเรียนเพียง 0.4% เท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาล ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนมีอยู่ในข้อมูลเกี่ยวกับยาสำหรับผู้บริโภค (Consumer Medicine Information - CMI) ซึ่งสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination) หากพ่อแม่กังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีน ควรปรึกษาแพทย์ทั่วไป (GP- จีพี) และแพทย์ควรเป็นผู้ส่งรายงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านอีกด้วย

## ถาม: ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Anaphylaxis - แอนนะฟีแล็กซิส) คืออะไร

ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรงอาจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว **อาการนี้แทบจะไม่เกิดขึ้นหลังการฉีดวัคซีน** พยาบาลผู้ฉีดวัคซีนในโรงเรียนทุกคนได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดอาการจากปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง

## ถาม: บุตรสาวของข้าพเจ้ายังจำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smears - แพ็บสเมียร์ส) หรือไม่

ยังจำเป็นต้องตรวจ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอ (แต่เดิมเรียก การตรวจแปปสเมียร์- Pap smears) ยังจำเป็นสำหรับผู้หญิงที่ได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวีแล้ว

เพราะวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถป้องกันเชื้อเอชพีวีทุกชนิดที่เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ผู้หญิงอายุ 25 ปีขึ้นไปทุกคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ควรไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุก 5 ปี ไม่ว่าจะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวีหรือไม่ก็ตาม

## ถาม: จะต้องทำอย่างไรหากบุตรข้าพเจ้าเป็นโรคหอบหืด และต้องใช้ยาขยายหลอดลมที่มีสารคอร์ติโซนหรือเพรดนิโซน “ชนิดพ่น”

การฉีดวัคซีนให้แก่ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดนั้นปลอดภัยไม่ว่ากำลังใช้ยารักษาชนิดใด

## ถาม: ใครเป็นผู้ให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และถอนการให้ความยินยอมได้หรือไม่

บิดามารดาหรือผู้ปกครองเท่านั้นที่สามารถให้ความยินยอมฉีดวัคซีนแก่นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี นักเรียนที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปให้ความยินยอมเองได้ และควรกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมและเซ็นชื่อในส่วนที่ให้บิดามารดา/ผู้ปกครองกรอกรายละเอียด

ท่านถอนการให้ความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยแจ้งให้โรงเรียนทราบ เป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนเพื่อถอนการให้ความยินยอม

## ถาม: นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ควรรับวัคซีนนี้หรือไม่

ไม่ควรฉีดวัคซีนให้แก่นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ ในวันที่มีคลินิกฉีดวัคซีนพยาบาลจะถามนักเรียนหญิงว่าตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์หรือไม่ หากนักเรียนตอบว่าใช่ เธอจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน นักเรียนจะได้รับการสนับสนุนให้ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์กับบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยด่วน เพื่อไปปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้เธอจะได้รับรายละเอียดของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และแนะแนวทาง

## ถาม: ข้าพเจ้าควรทำอย่างไร หากบุตรของข้าพเจ้าไม่ได้รับวัคซีนที่โรงเรียนเนื่องจากป่วยหรือไม่ได้ไปโรงเรียนในวันที่พยาบาลมาฉีดวัคซีน

ท่านควรติดต่อแพทย์ใกล้บ้านเพื่อนัดหมายให้บุตรของท่านไปฉีดวัคซีน

## ถาม: ข้าพเจ้าจะเข้าถึงบันทึกการฉีดวัคซีนได้อย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรท่านจะถูกอัปโหลดไปยังทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register หรือ AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรท่าน

ผู้ปกครองสามารถขอสำเนาบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรจากทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (AIR) ได้ทุกเมื่อจนบุตรอายุ 14 ปี และนักเรียนที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไปสามารถขอบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของตนเองได้ดังนี้

- โดยการใช้อีเมลออนไลน์ของ Medicare ผ่าน myGov [my.gov.au/](https://my.gov.au/)
- โดยการใช้อย่างรวดเร็ว Medicare Express Plus App [www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps](https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps)
- โทรสายสอบถามข้อมูลทั่วไปของ AIR ได้ที่ 1800 653 809

## ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นกับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า

ข้อมูลที่ท่านกรอกลงในแบบฟอร์มให้ความยินยอม ได้รับการคุ้มครองอย่างเคร่งครัดภายใต้กฎหมายของรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐบาลกลาง ว่าด้วยเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาเป็นความลับ (โปรดดูคำชี้แจงเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลที่แนบมานี้) ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกลงในทะเบียนการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์และนำไปบรรจุขึ้นในทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register - AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับประวัติการรับวัคซีนที่มีอยู่ของบุตรท่านและไปดูได้ใน MyGov

นักเรียนหญิงที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี – การเซ็นใบยินยอมหมายความว่าท่านยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตรท่านบรรจุลงในหน่วยทะเบียนโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ (National Cervical Screening Program Register) ต่อไป

## ถาม: ข้าพเจ้าจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในโรงเรียนได้ที่ไหน

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้โดย

- โดยไปที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ ที่ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](https://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination)
- โดยติดต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขประจำท้องถิ่นของท่านได้ที่ 1300 066 055



### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน

### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน



### ต้องทำอะไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีดวัคซีน

- ใช้ผ้าเย็นหมาดๆ ครอบคลุมบริเวณที่ได้รับการฉีดยาเพื่อลดอาการเจ็บ
- รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
- ดื่มน้ำมากขึ้น

### ต้องทำอะไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีดวัคซีน

- ใช้ผ้าเย็นหมาดๆ ครอบคลุมบริเวณที่ได้รับการฉีดยาเพื่อลดอาการเจ็บ
- รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
- ดื่มน้ำมากขึ้น

# แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี



บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม กรุณากรอกข้อความส่วนตัวด้วยปากกาสีดำหรือสีน้ำเงิน

## 1. รายละเอียดของนักเรียน

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

เพศ

 M  F

คลุมเครือ-Indeterminate/  
เพศกำกวม-Intersex/  
ยังไม่กำหนด-Unspecified

ชั้นปีที่

ชื่อโรงเรียน

เพศชาย เพศหญิง

หมายเลขบัตรเมดิแคร์

หมายเลขข้างชื่อบุตรของท่านบนบัตรเมดิแคร์

## 2. สถานภาพการเป็นคนพื้นเมือง

 ไม่ใช่ ใช่ เป็นชาวอะบอริจิน ใช่ เป็นชาวเกาะ ทอร์เรสสตรีท ใช่ เป็นทั้งชาวอะบอริจินและชาวเกาะทอร์เรสสตรีท

## 3. รายละเอียดของท่าน - บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลที่ได้รับและเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี

ด้วยประการฉะนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อที่ระบุข้างต้น รับวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวีตามตารางกำหนดสูงของเข็ม และอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของบุตรเพื่อการเชื่อมโยงกับสำนักทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ (National Cervical Screening Program Register) ในอนาคต

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง (ตัวอย่างเช่น JOHN SMITH)

ที่อยู่ (ตัวอย่างเช่น 5 SMITH LANE)

เขต

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์สำรองที่ติดต่อได้สะดวกที่สุด

(รวมหมายเลขท้องถิ่นที่ เช่นตัวอย่างเช่น 02)

ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง

วันที่

x



# บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาอิเล็กทรอนิกส์ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน วัคซีนเข็มที่ 1  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0  
x

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาอิเล็กทรอนิกส์ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน วัคซีนเข็มที่ 2  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0  
x

## บันทึกของพยาบาล

เหตุผลที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

- ล่าหยุด
- ไม่ยอมรับวัคซีน
- ป่วย
- ไม่มีลายเซ็น
- ยกเลิกคำยินยอม
- อื่นๆ

# บิดามารดา/ผู้ปกครอง บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี

## บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี

วัคซีนเข็มที่ 1

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาอิเล็กทรอนิกส์ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่  
x

## บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี

วัคซีนเข็มที่ 2

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาอิเล็กทรอนิกส์ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่  
x



# วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน

Diphtheria, tetanus and pertussis (dTpa) vaccine

กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW Health) จัดโครงการฉีดวัคซีนในโรงเรียนให้เด็กวัยรุ่น ตามคำแนะนำของสภาวิจัยด้านสาธารณสุขและการแพทย์แห่งชาติ (National Health & Medical Research Council) บิดามารดา/ผู้ปกครองต้องเซ็นแบบฟอร์มให้ความยินยอม

## ขั้นตอนต่อไป

- อ่านเอกสารข้อมูลนี้โดยละเอียด
- หากท่านประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน ให้ท่านกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และให้บุตรนำแบบฟอร์มที่เซ็นยินยอมแล้วคืนให้ทางโรงเรียน
- หากท่านไม่ประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน อยากรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมหรือคืนแบบฟอร์มให้ทางโรงเรียน

## ถาม: โรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน คืออะไร

**โรคคอตีบ** เป็นโรคติดต่อเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้ทางเดินหายใจตีบตัน หัวใจวาย และปลายประสาทอักเสบ ซึ่งอาจทำให้ถึงตายได้

**โรคบาดทะยัก** เป็นโรคร้ายแรงของระบบประสาทอาจทำให้ถึงตายได้ ผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งทำให้เจ็บปวดมาก ชัก และขากรรไกรแข็ง ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคปอดบวม กระดูกหัก (จากกล้ามเนื้อหดเกร็ง) ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และหัวใจหยุดเต้น

**โรคไอกรน** เป็นโรคติดต่อได้ง่ายมากเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดอาการไอเป็นชุด วัยรุ่นและผู้ใหญ่อาจไอเรื้อรังได้นานถึง 3 เดือน อาการไอเป็นชุดๆ ที่รุนแรงอาจทำให้อาเจียน กระตุกซี่โครง หัก เส้นเลือดฝอยแตก ภาวะแทรกซ้อนในทารกได้แก่ โรคปอดอักเสบ การชัก และ ความเสียหายต่อสมอง (โรคสมองขาดเลือด - hypoxic encephalopathy)

## ถาม: โรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรนติดต่อได้อย่างไร

**โรคคอตีบ** เชื้อแบคทีเรียอาศัยอยู่ในปาก จมูก ลำคอ หรือผิวหนัง ของผู้ติดเชื้อ คนเป็นโรคคอตีบจากการหายใจเอาเชื้อแบคทีเรียจากการไอหรือจามรดจากผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ยังสามารถรับเชื้อโรคคอตีบจากสิ่งคัดหลั่งจากปาก จมูก ลำคอ หรือ ผิวหนังของผู้ติดเชื้อ

**โรคบาดทะยัก** มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียที่พบได้ในดิน เชื้ออาจเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลขนาดใหญ่หรือขนาดเล็ก (บางครั้งอาจเป็นรอยขนาดเล็กบนผิวหนังที่มองไม่เห็นซึ่งปนเปื้อนด้วยดิน ฝุ่นผง หรือ มูลสัตว์)

**โรคไอกรน** ติดต่อทางละอองน้ำมูก น้ำลาย โดยการไอ หรือจามรดกัน หากไม่ได้รับการรักษาผู้ที่เป็โรคไอกรนสามารถแพร่เชื้อโรคไปให้ผู้อื่นได้ถึง 3 สัปดาห์ตั้งแต่เริ่มมีอาการไอ

## ถาม: วัคซีนเหล่านี้ทำงานอย่างไร

วัคซีนเหล่านี้ทำงานโดยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคบางชนิด หากคนที่ได้รับวัคซีนแล้วสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านี้ ระบบภูมิคุ้มกันของพวกเขาจะตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้

## ถาม: วัคซีนมีประสิทธิภาพแค่ไหน

วัคซีนมีประสิทธิภาพดีมากในการป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก และสามารถป้องกันโรคไอกรนได้ประมาณ 80%

## ถาม: บุตรข้าพเจ้าต้องฉีดวัคซีนกี่เข็มจึงจะป้องกันโรคได้

ต้องฉีดวัคซีน dTpa หนึ่งเข็มเพื่อช่วยป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรนไปจนถึงระยะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

## ถาม: ใครควรรับการฉีดวัคซีน

เด็กวัยรุ่นทุกคน ควรรับวัคซีน dTpa หนึ่งเข็มเพื่อป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน หลังจากที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรนมาแล้วในวัยเด็ก การฉีดเข็มกระตุ้นนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อรักษาระดับภูมิคุ้มกันไปจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ นักเรียนที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก (ADT) มาแล้วสามารถรับวัคซีน dTpa เพื่อจะได้ป้องกันโรคไอกรนอีกด้วย

## ถาม: ใครไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีน

ไม่ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรนให้แก่บุคคลต่อไปนี้

- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงหลังจากได้รับวัคซีนเข็มก่อนหน้านี
- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงเนื่องจากส่วนประกอบใดๆของวัคซีน (รายชื่ออยู่หน้าถัดไป)

## ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นถ้าหากข้าพเจ้าต้องการรอให้บุตรโตกว่านี้ก่อน

บุตรของท่านสามารถรับวัคซีน dTpa ได้ฟรีที่โรงเรียนโดยส่งแบบฟอร์มที่เซ็นยินยอมแล้วกลับมาในขณะที่ศึกษาที่ศูนย์สอนภาษาอังกฤษแบบเร่งรัด (Intensive English Centre) หรืออยู่ชั้นปีที่ 7 เท่านั้น หากท่านเลือกที่จะรอให้บุตรโตกว่านี้ก่อน ท่านจะต้องนัดหมายไปรับวัคซีนที่แพทย์ทั่วไป (GP- จีพี)

## ถาม: วัคซีนปลอดภัยแค่ไหน

วัคซีนในประเทศออสเตรเลียปลอดภัยและต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวด ก่อนได้รับการอนุมัติออกใช้โดย Therapeutic Goods Administration (หน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการ

บำบัดรักษา หรือ TGA) นอกจากนี้ TGA ยังติดตามสังเกตการณ์ความปลอดภัยหลังจากได้นำวัคซีนมาใช้แล้ว

### ถาม: วัคซีนมีส่วนประกอบของสารเติมแต่งอะไรบ้าง

วัคซีนมีส่วนประกอบของ อะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ (aluminium hydroxide) และฟอสเฟต (phosphate) ฟอรัมาลดีไฮด์ (formaldehyde) ปริมาณเล็กน้อยมาก โพลีซอร์เบท 80 (polysorbate 80) และไกลซีน (glycine) และสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเซลล์ของวัวในระหว่างการผลิต

### ถาม: ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีอะไรบ้าง

ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีเพียงเล็กน้อย มักจะมีอาการแดง ปวด และบวมบริเวณที่ฉีดวัคซีน หรือมีไข้ อาการข้างเคียงที่รุนแรงพบได้น้อยมาก ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนมีอยู่ในข้อมูลเกี่ยวกับยาสำหรับผู้บริโภค (Consumer Medicine Information - CMI) ซึ่งสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination) หากพ่อแม่กังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีน ควรปรึกษาแพทย์ทั่วไป (GP- จีพี) และแพทย์ควรเป็นผู้ส่งรายงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านอีกด้วย

### ถาม: ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Anaphylaxis - แอนนะฟีแล็กซิส) คืออะไร

ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรงอาจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว **อาการนี้แทบจะไม่เกิดขึ้นหลังการฉีดวัคซีน** พยาบาลผู้ฉีดวัคซีนในโรงเรียนทุกคนได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดอาการจากปฏิกิริยาภูมิแพ้เฉียบพลันและรุนแรง

### ถาม: บุตรข้าพเจ้าควรฉีดวัคซีนนี้หรือไม่ หากเมื่อตอนเป็นเด็กทารก เคยมีปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรนชนิดเก่า (วัคซีน Triple Antigen หรือวัคซีน DTP)

นอกเสียจากว่าบุตรของท่านมีปฏิกิริยาภูมิแพ้เฉียบพลันรุนแรงต่อวัคซีนชนิดก่อน บุตรของท่านรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรนนี้ (วัคซีน dTpa) ได้อย่างปลอดภัย

### ถาม: จะต้องทำอย่างไรหากบุตรข้าพเจ้าเป็นโรคหอบหืด และต้องใช้ยาขยายหลอดลมที่มีสารคอร์ติโซนหรือเพรดนิโซน “ชนิดพ่น”

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรนให้แก่ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดนั้นปลอดภัยไม่ว่ากำลังใช้ยารักษาชนิดใด

### ถาม: ใครเป็นผู้ให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และถอนการให้ความยินยอมได้หรือไม่

บิดามารดาหรือผู้ปกครองเท่านั้นที่สามารถให้ความยินยอมฉีดวัคซีนแก่นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี นักเรียนที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปให้ความยินยอมเองได้ และควรกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมและเซ็นชื่อในส่วนที่ให้บิดามารดา/ผู้ปกครองกรอกรายละเอียด ท่านถอนการให้ความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยแจ้งให้โรงเรียนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนเพื่อถอนการให้ความยินยอม

### ถาม: นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ ควรรับวัคซีนนี้หรือไม่

ไม่ควรฉีดวัคซีนให้แก่ นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ในวันที่มีคลินิกฉีดวัคซีนพยาบาลจะถามนักเรียนหญิงว่าตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์หรือไม่ หากนักเรียนตอบว่าใช่ เธอจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน นักเรียนจะได้รับการสนับสนุนให้ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์กับบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยด่วน เพื่อไปปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้เธอจะได้รับการช่วยเหลือของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และแนะแนวทาง

### ถาม: ข้าพเจ้าควรทำอย่างไร หากบุตรของข้าพเจ้าไม่ได้รับวัคซีนที่โรงเรียนเนื่องจากป่วยหรือไม่ได้ไปโรงเรียนในวันที่พยาบาลมาฉีดวัคซีน

ท่านควรติดต่อแพทย์ใกล้บ้านเพื่อนัดหมายให้บุตรของท่านไปฉีดวัคซีน

### ถาม: ข้าพเจ้าจะเข้าถึงบันทึกการฉีดวัคซีนได้อย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรท่านจะถูกอัปโหลดไปยังทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register หรือ AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรท่าน

ผู้ปกครองสามารถขอสำเนาทันทีประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรจากทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (AIR) ได้ทุกเมื่อจนบุตรอายุ 14 ปี และนักเรียนที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไปสามารถขอบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของตนเองได้ดังนี้

- โดยการใช้อินเทอร์เน็ตของ Medicare ผ่าน myGov [my.gov.au/](http://my.gov.au/)
- โดยการใช้อินเทอร์เน็ตของ Medicare Express Plus App [www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps](http://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps)
- โทรสายสอบถามข้อมูลทั่วไปของ AIR ได้ที่ 1800 653 809

### ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นกับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า

ข้อมูลที่ท่านกรอกลงในแบบฟอร์มให้ความยินยอม ได้รับการคุ้มครองอย่างเคร่งครัดภายใต้กฎหมายของรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐบาลกลางว่าด้วยเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาเป็นความลับ (โปรดดูคำชี้แจงเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลที่แนบมานี้) ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกลงในทะเบียนการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์และนำไปบรรจุขึ้นในทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register - AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับประวัติการรับวัคซีนที่มีอยู่ของบุตรท่านและไปดูได้ใน MyGov

### ถาม: ข้าพเจ้าจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในโรงเรียนได้ที่ไหน

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้โดย

- โดยไปที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ ที่ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination)
- โดยติดต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขประจำท้องถิ่นของท่านได้ที่ 1300 066 055

## แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับการฉีด วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม กรุณากรอกข้อความส่วนตัวพิมพ์ปากกาหมึกสีน้ำเงิน

### 1. รายละเอียดของนักเรียน

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

 /  /  2 0  

เพศ

 M  F

คลุมเครือ-Indeterminate/  
เพศกำกวม-Intersex/ยังไม่  
กำหนด-Unspecified

ชั้นปีที่

ชื่อโรงเรียน

หมายเลขบัตรเมดิแคร์

หมายเลขข้างชื่อบุตรของ  
ท่านบนบัตรเมดิแคร์

### 2. สถานภาพการเป็นคนพื้นเมือง

ไม่ใช่  ใช่ เป็นชาวอะบอริจิน  ใช่ เป็นชาวเกาะ ทอร์เรสสเตรท  ใช่ เป็นทั้งชาวอะบอริจินและชาวเกาะทอร์เรสสเตรท

### 3. รายละเอียดของท่าน - บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลที่ได้รับและเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์  
และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ  
บาดทะยักและไอกรน

ดังนั้นข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อดังกล่าวข้าง  
ต้น รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรนหนึ่งเข็ม

ข้าพเจ้าขอรับรองตามความรู้ที่มีอยู่ที่ดีที่สุดว่า บุตรของข้าพเจ้า:

- ไม่เคยมีปฏิบัติการเพื่ออย่างรุนแรงหลังจากได้รับการฉีดวัคซีนใดๆ
- ไม่มีปฏิบัติการเพื่ออย่างรุนแรงจากส่วนประกอบใดๆของ  
วัคซีนตามรายการที่แจ้งไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ปกครองที่แนบ  
มาด้วย
- ไม่ตั้งครรภ์

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง (ตัวอย่างเช่นJOHN SMITH)

ที่อยู่ (ตัวอย่างเช่น 5 SMITH LANE)

เขต

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์สำรองที่ติดต่อได้สะดวกที่สุด  
(รวมหมายเลขรหัสพื้นที่ เช่นตัวอย่างเช่น02)


ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง

วันที่

 /  / 2 0



# บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน

 บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แซน <input type="checkbox"/> ชาย	เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง)	หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน
<input type="checkbox"/> หญิง	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
ลายเซ็นพยาบาล	วันที่	2 0
x	/	

## บันทึกของพยาบาล


เหตุผลที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

- ล่าหยุด
- ไม่ยอมรับวัคซีน
- ป่วย
- ไม่มีลายเซ็น
- ยกเลิกคำยินยอม
- อื่นๆ

# บิดามารดา/ผู้ปกครอง

## บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน

### บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน

 บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แซน <input type="checkbox"/> ชาย	เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง)	หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน
<input type="checkbox"/> หญิง	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
ลายเซ็นพยาบาล	วันที่	2 0
x	/	

### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน

### ต้องทำอะไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีดวัคซีน

- ใช้ผ้าเย็นหมาดๆประคบบริเวณที่ได้รับการฉีดยาเพื่อลดอาการเจ็บ
- รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
- ดื่มน้ำมากขึ้น



# วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส

Varicella (chickenpox) vaccine

กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW Health) จัดโครงการฉีดวัคซีนในโรงเรียนให้เด็กวัยรุ่น ตามคำแนะนำของสภาวิจัยด้านสาธารณสุขและการแพทย์แห่งชาติ (National Health & Medical Research Council) บิดามารดา/ผู้ปกครองต้องเซ็นแบบฟอร์มให้ความยินยอม

## ขั้นตอนต่อไป

- อ่านเอกสารข้อมูลนี้โดยละเอียด
- หากท่านประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสให้ท่านกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และให้บุตรนำแบบฟอร์มที่เซ็นยินยอมแล้วคืนให้ทางโรงเรียน
- หากท่านไม่ประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสอย่างกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมหรือคืนแบบฟอร์มให้ทางโรงเรียน

## ถาม: โรคอีสุกอีใสคืออะไร

โรคอีสุกอีใสเป็นโรคติดต่อได้ง่ายมาก เกิดจากเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดงูสวัด (varicella-zoster virus) ปกติในเด็กที่แข็งแรงจะมีอาการไม่รุนแรงและเป็นอยู่ระยะสั้นๆ อาการได้แก่ มีไข้ต่ำๆ น้ำมูกไหล อ่อนเพลีย และผื่นขึ้นตามผิวหนังซึ่งต่อมาจะกลายเป็นตุ่มมีน้ำใสๆ ส่วนผู้ใหญ่จะมีอาการรุนแรงกว่า และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้หากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยหนึ่งใน 4,000 รายจะมีภาวะที่กล้ามเนื้อเสียหายประสาทรุนแรงอย่างเฉียบพลัน (ภาวะสูญเสียการทรงตัวที่เกิดจากสมองส่วนเซรีเบลลัมถูกทำลาย - acute cerebellar ataxia) ผู้ป่วยหนึ่งใน 100,000 รายจะมีอาการสมองอักเสบ (encephalitis) การติดเชื้อนี้ในขณะตั้งครรภ์จะส่งผลให้เด็กทารกพิการแต่แรกเกิด รวมทั้งเกิดรอยแผลเป็น และมีความผิดปกติของกระดูกแขนและขา

## ถาม: โรคอีสุกอีใสติดต่อได้อย่างไร

เมื่อเริ่มป่วยในระยะแรกเชื้อไวรัสติดต่อได้ด้วยการไอรดกัน ระยะต่อมาเชื้อไวรัสติดต่อได้โดยการสัมผัสตุ่มน้ำที่ผิวหนังโดยตรง โรคนี้ติดต่อได้ง่ายมากในผู้ที่ไม่เคยเป็นโรคอีสุกอีใส หรือผู้ที่ไม่เคยได้รับภูมิคุ้มกันโรค ระยะแพร่เชื้อของผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่หนึ่งหรือสองวันก่อนมีผื่น (ในช่วงที่มีน้ำมูกไหล) ไปจนถึงห้าวันต่อมา (ช่วงที่ตุ่มน้ำจะแห้งและตกสะเก็ด)

## ถาม: วัคซีนเหล่านี้ทำงานอย่างไร

วัคซีนเหล่านี้ทำงานโดยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคบางชนิด หากคนที่ได้รับวัคซีนแล้วสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านี้ระบบภูมิคุ้มกันของพวกเขาจะตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้

## ถาม: วัคซีนนี้มีประสิทธิภาพเพียงใด

วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสหนึ่งเข็มมีประสิทธิภาพป้องกันโรคอีสุกอีใสได้ 80-85% และมีประสิทธิภาพดีมากในการป้องกันอาการรุนแรงของโรค

## ถาม: ใครควรรับการฉีดวัคซีน

นักเรียนอายุไม่เกิน 14 ปี ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสหนึ่งเข็ม เว้นเสียแต่ว่าเคยได้รับวัคซีนนี้มาแล้ว (ปกติจะฉีดเมื่ออายุ 18 เดือน) หรือเคยเป็นโรคอีสุกอีใสมาแล้ว นักเรียนอายุ 14 ปีขึ้นไปต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสสองเข็ม ซึ่งฉีดห่างกันอย่างน้อย 1-2 เดือนโดยไปรับได้จากแพทย์

## ถาม: ใครไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีน

ไม่ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสให้แก่บุคคลต่อไปนี้คือ

- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงหลังจากได้รับวัคซีนเข็มก่อนหน้านี
- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงเนื่องจากส่วนประกอบใดๆ ของวัคซีน (รายชื่ออยู่หน้าถัดไป)
- ผู้ที่ตั้งครรภ์ (ไม่ควรตั้งครรภ์ภายใน 28 วันหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน)
- ผู้ที่เคยได้รับการถ่ายเลือด/การฉีดยาอินทรีบิลินภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา
- ผู้ที่เคยได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นแต่ก่อนฤดูภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เช่น วัคซีน MMR (โรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน) วัคซีนบีซีจี (วัณโรค) หรือไขหัด) วัคซีนบีซีจี (วัณโรค) หรือไขหัด)
- ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น
  - i. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
  - ii. ผู้ที่กำลังรับการรักษาซึ่งกดภูมิคุ้มกันในขนาดสูง เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือ รับประทานยากอร์ติโคสเตอรอยด์ขนาดสูง
  - iii. ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมารวมทั้งผู้ที่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งที่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

## ถาม: ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Anaphylaxis - แอนนะฟีแล็กซิส) คืออะไร

ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรงอาจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว อาการนี้*แทบจะไม่เกิดขึ้น*หลังการฉีดวัคซีน พยาบาลผู้ฉีดวัคซีนในโรงเรียนทุกคนได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดอาการจากปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง

## ถาม: ควรทำอะไรหากข้าพเจ้าไม่มีบันทึกประวัติหรือจำไม่ได้ว่าบุตรเคยเป็นโรคอีสุกอีใสหรือเคยได้รับวัคซีนแล้วหรือยัง

เด็กและผู้ใหญ่รับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสได้อย่างปลอดภัยหากไม่มีประวัติที่แน่นอนว่าเคยเป็นโรคอีสุกอีใส หรือไม่มีหลักฐานว่าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสมาก่อน

## ถาม: วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสมีส่วนประกอบของสารเติมแต่งอะไรบ้าง

วัคซีนมีส่วนประกอบของ ซูโครส (sucrose) ไฮโดรไลซ์ พอร์ไชน์ เจลาติน (hydrolysed porcine gelatin) ยูเรีย (urea) โมโนโซเดียม กลูตาเมต (monosodium glutamate) ส่วนประกอบตกค้างของ เซลล์ MRC-5 นีโอไมซิน (neomycin) และ bovine serum ในปริมาณเล็กน้อยมาก สารเติมแต่งมีอยู่ในปริมาณน้อยมาก เพื่อช่วยกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของวัคซีน หรือทำหน้าที่เป็นสารกันเสีย วัคซีนสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเซลล์ของวัวในระหว่างการผลิต

## ถาม: วัคซีนปลอดภัยแค่ไหน

วัคซีนในประเทศออสเตรเลียปลอดภัยและต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวด ก่อนได้รับการอนุมัติออกใช้โดย Therapeutic Goods Administration (หน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา หรือ TGA) นอกจากนี้ TGA ยังติดตามสังเกตการณ์ความปลอดภัยหลังจากได้นำวัคซีนมาใช้แล้ว

## ถาม: วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสมีผลข้างเคียงอะไรบ้าง

ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีเพียงเล็กน้อย มักจะมีอาการแดง ปวด และบวมบริเวณที่ฉีดวัคซีน หรือมีไข้ อาการข้างเคียงที่รุนแรงพบได้น้อยมาก ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนมีอยู่ในข้อมูลเกี่ยวกับยาสำหรับผู้บริโภค (Consumer Medicine Information - CMI) ซึ่งสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination) หากพ่อแม่กังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีน ควรปรึกษาแพทย์ทั่วไป (GP- จีพี) และแพทย์ควรเป็นผู้ส่งรายงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านอีกด้วย

## ถาม: นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ควรรับวัคซีนนี้หรือไม่

ไม่ควรฉีดวัคซีนให้แก่นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ ในวันที่มีคลินิกฉีดวัคซีนพยาบาลจะถามนักเรียนหญิงว่าตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์หรือไม่ หากนักเรียนตอบว่าใช่ เธอจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน นักเรียนจะได้รับการสนับสนุนให้ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์กับบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยด่วน เพื่อไปปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้เธอจะได้รับรายละเอียดของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และแนะแนวทาง

นักเรียนหญิงที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสไม่ควรตั้งครรภ์ภายใน 28 วันหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

## ถาม: จะต้องทำอะไรหากบุตรข้าพเจ้าเป็นโรคหอบหืด และต้องใช้ยาขยายหลอดลมที่มีสารคอร์ติโซนหรือเพรดนิโซน “ชนิดพ่น”

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสให้แก่ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดนั้นปลอดภัยไม่ว่าพวกเขา กำลังใช้ยารักษาชนิดใด

## ถาม: ข้าพเจ้าสามารถถอนการให้ความยินยอมได้หรือไม่

ท่านถอนการให้ความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร หรือโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนเพื่อถอนการให้ความยินยอม

## ถาม: ข้าพเจ้าควรทำอะไร หากบุตรของข้าพเจ้าไม่ได้รับวัคซีนที่โรงเรียนเนื่องจากป่วยหรือไม่ได้ไปโรงเรียนในวันที่พยาบาลมาฉีดวัคซีน

ท่านควรติดต่อแพทย์ใกล้บ้านเพื่อนัดหมายให้บุตรของท่านไปฉีดวัคซีน

## ถาม: ข้าพเจ้าจะเข้าถึงบันทึกการฉีดวัคซีนได้อย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรท่านจะถูกอัปโหลดไปยังทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register หรือ AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรท่าน

ผู้ปกครองสามารถขอสำเนาบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรจากทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (AIR) ได้ทุกเมื่อจนบุตรอายุ 14 ปี และนักเรียนที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไปสามารถขอบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของตนเองได้ดังนี้

- โดยการใช้อินเทอร์เน็ตของ Medicare ผ่าน [myGov my.gov.au/](http://myGov.my.gov.au/)
- โดยการใช้ Medicare Express Plus App [www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps](http://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps)
- โทรสายสอบถามข้อมูลทั่วไปของ AIR ได้ที่ 1800 653 809

## ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นกับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า

ข้อมูลที่ท่านกรอกลงในแบบฟอร์มให้ความยินยอม ได้รับการคุ้มครองอย่างเคร่งครัดภายใต้กฎหมายของรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐบาลกลาง ว่าด้วยเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาเป็นความลับ (โปรดดูคำชี้แจงเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลที่แนบมา) ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกลงในทะเบียนการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์และนำไปบรรจุขึ้นในทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register - AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับประวัติการรับวัคซีนที่มีอยู่ของบุตรท่านและไปดูได้ใน MyGov

## ถาม: ข้าพเจ้าจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในโรงเรียนได้ที่ไหน

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้โดย

- โดยไปที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ ที่ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination)
- โดยติดต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขประจำท้องถิ่นของท่านได้ที่ 1300 066 055

## แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม กรุณากรอกข้อความส่วนตัวพิมพ์ด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน

### 1. รายละเอียดของนักเรียน

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

/ / 2 0

เพศ

M

F

ชั้นปีที่

คลุมเครือ-Indeterminate/  
เพศกำกวม-Intersex/  
ยังไม่กำหนด-Unspecified

ชื่อโรงเรียน

เพศชาย

เพศหญิง

หมายเลขบัตรเมดิแคร์

หมายเลขข้างชื่อบุตรของท่านบนบัตรเมดิแคร์

### 2. สถานการณ์เป็นคนพื้นเมือง

ไม่ใช่

ใช่ เป็นชาวอะบอริจิน

ใช่ เป็นชาวเกาะ ทอร์เรสสเตรท

ใช่ เป็นทั้งชาวอะบอริจินและชาวเกาะทอร์เรสสเตรท

### 3. รายละเอียดของท่าน - บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลที่ได้รับและเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส

ดังนั้นข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อดังกล่าวข้างต้น รับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใสหนึ่งเข็ม

ข้าพเจ้าขอรับรองตามความรู้ที่มีอยู่ที่ดีที่สุดว่า บุตรของข้าพเจ้า:

- ไม่เคยมีปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรงหลังจากได้รับการฉีดวัคซีนใดๆ
- ไม่มีปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรงจากส่วนประกอบใดๆของวัคซีนตามรายการที่แจ้งไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ปกครองที่แนบมาด้วย
- ไม่ตั้งครรภ์

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง (ตัวอย่างเช่นJOHN SMITH)

ที่อยู่ (ตัวอย่างเช่น5 SMITH LANE)

เขต

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์สำรองที่ติดต่อได้สะดวกที่สุด  
(รวมหมายเลขรหัสท้องที่ เช่นตัวอย่างเช่น02)

ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง


วันที่

x

/ / 2 0



# บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส

 บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แซน <input type="checkbox"/> ชาย	เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาอีสิบสี่ชั่วโมง)	หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน
<input type="checkbox"/> หญิง	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
ลายเซ็นพยาบาล	วันที่	2 0
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>


## บันทึกของพยาบาล

เหตุผลที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

- ล่าหยุด
- ไม่ยอมรับวัคซีน
- ป่วย
- ไม่มีลายเซ็น
- ยกเลิกคำยินยอม
- อื่นๆ

# บิดามารดา/ผู้ปกครอง บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส

## บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส

 บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แซน <input type="checkbox"/> ชาย	เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาอีสิบสี่ชั่วโมง)	หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน
<input type="checkbox"/> หญิง	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>
ลายเซ็นพยาบาล	วันที่	2 0
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

## ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน

## ต้องทำอะไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีดวัคซีน

- ใช้ผ้าเย็นหมาดๆประคบบริเวณที่ได้รับการฉีดยาเพื่อลดอาการเจ็บ
- รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
- ดื่มน้ำมากขึ้น



# วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบชนิดบี

## Hepatitis B vaccine

กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW Health) จัดโครงการฉีดวัคซีนในโรงเรียนให้เด็กวัยรุ่น ตามคำแนะนำของสภาวิจัยด้านสาธารณสุขและการแพทย์แห่งชาติ (National Health & Medical Research Council) บิดามารดา/ผู้ปกครองต้องเซ็นแบบฟอร์มให้ความยินยอม

### ขั้นตอนต่อไป

- อ่านเอกสารข้อมูลนี้โดยละเอียด
- หากท่านประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบชนิดบี ให้ท่านกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และให้บุตรนำแบบฟอร์มที่เซ็นยินยอมแล้วคืนให้ทางโรงเรียน
- หากท่านไม่ประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบชนิดบี อย่างกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมหรือคืนแบบฟอร์มให้ทางโรงเรียน

### ถาม: โรคตับอักเสบชนิดบีคืออะไร

โรคตับอักเสบชนิดบีเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ทำให้มีไข้ ตัวเหลือง และรู้สึกไม่สบายตามร่างกาย ซึ่งต่อมาสามารถทำให้เป็นโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับได้ บางคนอาจมีโรคตับอักเสบชนิดบีแต่ไม่รู้ตัวว่าติดเชื้อ คนเหล่านี้สามารถส่งผ่านโรคนี้ออกไปให้ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว

### ถาม: โรคตับอักเสบชนิดบีติดต่อได้อย่างไร

- ถ่ายทอดจากมารดาที่เป็นโรคไปยังลูกระหว่างคลอดและผ่านการให้น้ำนมแม่
- ถ่ายทอดจากเด็กไปยังเด็ก โดยมักจะผ่านเข้าทางรอยถลอกหรือบาดแผล
- การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย
- อุบัติเหตุโดนเข็มฉีดยาที่มดดำ
- การสักหรือเจาะบนร่างกายโดยใช้เครื่องมือที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ
- การใช้อุปกรณ์การฉีดยาร่วมกัน

### ถาม: วัคซีนเหล่านี้ทำงานอย่างไร

วัคซีนเหล่านี้ทำงานโดยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคบางชนิด หากคนที่ได้รับวัคซีนแล้วสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านี้ ระบบภูมิคุ้มกันของพวกเขาจะตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้

### ถาม: วัคซีนนี้มีประสิทธิภาพดีเพียงใด

วัคซีนตับอักเสบชนิดบีมีประสิทธิภาพมากในการป้องกันการติดเชื้อโรคตับอักเสบชนิดบี

### ถาม: ตามตารางที่กำหนดต้องฉีดวัคซีนกี่เข็ม

ที่ศูนย์สอนภาษาอังกฤษ เร่งรัด (Intensive English Centres) นักเรียนจะได้รับวัคซีนตับอักเสบชนิดบีคอร์ส 2 เข็ม โดยจะได้รับเข็มที่สองห่างจากเข็มแรก 4 ถึง 6 เดือน

### ถาม: บุตรข้าพเจ้าจะมีภูมิคุ้มกันโรคตับอักเสบชนิดบีหรือไม่ หากได้รับวัคซีนตับอักเสบชนิดบีเพียงเข็มเดียว

ไม่มี เด็กวัยรุ่น (อายุ 11-15 ปี) จะต้องได้รับวัคซีนขนาดสำหรับผู้ใหญ่ 2 เข็มจึงจะมีภูมิคุ้มกันโรคตับอักเสบชนิดบี

### ถาม: ใครควรรับการฉีดวัคซีน

นักเรียนอายุ 11-15 ปี ทุกคนควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบชนิดบีขนาดของผู้ใหญ่ 2 เข็ม ยกเว้นว่าเคยได้รับวัคซีนนี้ครบตามตารางที่กำหนดแล้วตอนเป็นทารก/เด็ก

นักเรียนที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป ควรได้รับวัคซีนขนาดของเด็ก 3 เข็ม วัคซีน 2 เข็มแรกสามารถรับได้ที่โรงเรียน และนักเรียนจะได้รับจดหมายเพื่อนำไปรับวัคซีนอีกเข็มให้ครบคอร์สที่แพทย์ทั่วไป (GP- จีพี)

### ถาม: ใครไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีน

ไม่ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบชนิดบีให้แก่บุคคลต่อไปนี้คือ

- ผู้ที่มีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงหลังจากได้รับวัคซีนเข็มก่อนหน้านั้น
- ผู้ที่มีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงเนื่องจากส่วนประกอบใดๆของวัคซีน (รายชื่ออยู่ด้านล่าง)
- ผู้ที่ตั้งครรภ์

### ถาม: วัคซีนปลอดภัยแค่ไหน

วัคซีนในประเทศออสเตรเลียปลอดภัยและต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวด ก่อนได้รับการอนุมัติออกใช้โดย Therapeutic Goods Administration (หน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา หรือ TGA) นอกจากนี้ TGA ยังติดตามสังเกตการณ์ความปลอดภัยหลังจากได้นำวัคซีนมาใช้แล้ว

### ถาม: สารเติมแต่งในวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบชนิดบีมีอะไรบ้าง

วัคซีนมีส่วนประกอบของอะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ เพื่อช่วยกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของวัคซีน อาจมีส่วนประกอบของยีสต์โปรตีน และสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเซลล์ของวัวในระหว่างการผลิต

## ถาม: ผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบชนิดบีมีอะไรบ้าง

ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีเพียงเล็กน้อย มักจะมีอาการ แดง ปวด และบวมบริเวณที่ฉีดวัคซีน หรือมีไข้ อาการข้างเคียงที่รุนแรงพบได้น้อยมาก ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนมีอยู่ในข้อมูลเกี่ยวกับยาสำหรับผู้บริโภค (Consumer Medicine Information - CMI) ซึ่งสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination) หากพ่อแม่กังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีน ควรปรึกษาแพทย์ทั่วไป (GP- จีพี) และแพทย์ควรเป็นผู้ส่งรายงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านอีกด้วย

## ถาม: ปฏิกริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Anaphylaxis - แอนนะพีแล็กซิส) คืออะไร

ปฏิกริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรงอาจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว อาการนี้**แทบจะไม่เกิดขึ้นหลังการฉีดวัคซีน** พยาบาลผู้ฉีดวัคซีนในโรงเรียนทุกคนได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดอาการจากปฏิกริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง

## ถาม: ควรทำอะไรหากข้าพเจ้าไม่มีบันทึกประวัติหรือจำไม่ได้ว่าบุตรได้รับวัคซีนตับอักเสบบชนิดบีครบตามตารางที่กำหนดแล้วหรือยัง

บุตรของท่านรับวัคซีนตับอักเสบบชนิดบีตามกำหนดได้อีกโดยไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด

## ถาม: บุตรข้าพเจ้าได้รับวัคซีน Hib วัคซีนนี้จะป้องกันบุตรข้าพเจ้าจากโรคตับอักเสบบชนิดบีหรือไม่

ป้องกันไม่ได้ วัคซีน Hib เป็นวัคซีนป้องกันเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *Haemophilus influenzae type b* เท่านั้น และฉีดให้แก่ทารกเมื่ออายุ 6 สัปดาห์, 4 เดือน, 6 เดือน และ 18 เดือน วัคซีนนี้จะไม่สามารถป้องกันบุตรท่านจากโรคตับอักเสบบชนิดบี

## ถาม: นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ควรรับวัคซีนนี้หรือไม่

ไม่ควรฉีดวัคซีนให้แก่นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ ในวันที่มีคลินิกฉีดวัคซีนพยาบาลจะถามนักเรียนหญิงว่าตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์หรือไม่ หากนักเรียนตอบว่าใช่ เธอจะไม่สามารถรับการฉีดวัคซีน นักเรียนจะได้รับการสนับสนุนให้ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์กับบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยด่วน เพื่อไปปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้เธอจะได้รับรายละเอียดของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และแนะแนวทาง

## ถาม: จะต้องทำอะไรหากบุตรข้าพเจ้าเป็นโรคหอบหืด และต้องใช้อย่างยาลดลมที่มีสารคอร์ติโซนหรือเพรดนิโซน “ชนิดพ่น”

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบชนิดบีให้แก่ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดนั้นปลอดภัยไม่ว่ากำลังใช้ยารักษาชนิดใด

## ถาม: ใครเป็นผู้ให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และถอนการให้ความยินยอมได้หรือไม่

บิดามารดาหรือผู้ปกครองเท่านั้นที่สามารถให้ความยินยอมฉีดวัคซีนแก่นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี นักเรียนที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปให้ความยินยอมเองได้ และควรกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมและเซ็นชื่อในส่วนที่ให้บิดามารดา/ผู้ปกครองกรอกรายละเอียด ท่านถอนการให้ความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยแจ้งให้โรงเรียนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนเพื่อถอนการให้ความยินยอม

## ถาม: ข้าพเจ้าควรทำอย่างไร หากบุตรของข้าพเจ้าไม่ได้รับวัคซีนที่โรงเรียนเนื่องจากป่วยหรือไม่ได้ไปโรงเรียนในวันที่พยาบาลมาฉีดวัคซีน

ท่านควรติดต่อแพทย์ใกล้บ้านเพื่อนัดหมายให้บุตรของท่านไปฉีดวัคซีน

## ถาม: ข้าพเจ้าจะเข้าถึงบันทึกการฉีดวัคซีนได้อย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรท่านจะถูกอัปโหลดไปยังทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register หรือ AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรท่าน

ผู้ปกครองสามารถขอสำเนาบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรจากทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (AIR) ได้ทุกเมื่อจนบุตรอายุ 14 ปี และนักเรียนที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไปสามารถขอบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของตนเองได้ดังนี้

- โดยการใช้อีเมลของ Medicare ผ่าน myGov [my.gov.au/](http://my.gov.au/)
- โดยการใช้อุปกรณ์ Medicare Express Plus App [www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps](http://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps)
- โทรสายสอบถามข้อมูลทั่วไปของ AIR ได้ที่ 1800 653 809

## ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นกับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า

ข้อมูลที่ท่านกรอกลงในแบบฟอร์มให้ความยินยอม ได้รับการคุ้มครองอย่างเคร่งครัดภายใต้กฎหมายของรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐบาลกลาง ว่าด้วยเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาเป็นความลับ (โปรดดูคำชี้แจงเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลที่แนบมานี้) ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกลงในทะเบียนการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์และนำไปบรรจุขึ้นในทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register - AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับประวัติการรับวัคซีนที่มีอยู่ของบุตรท่านและไปดูได้ใน MyGov

## ถาม: ข้าพเจ้าจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในโรงเรียนได้ที่ไหน

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้โดย

- โดยไปที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ ที่ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination)
- โดยติดต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขประจำท้องถิ่นของท่านได้ที่ 1300 066 055

### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน

### ต้องทำอะไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีดวัคซีน

- ใช้ผ้าเย็นหมาดๆประคบบริเวณที่ได้รับการฉีดยาเพื่อลดอาการเจ็บ
- รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
- ดื่มน้ำมากขึ้น

### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน

# แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม กรุณากรอกข้อความส่วนตัวพิมพ์ปากกาหมึกสีน้ำเงิน

## 1. รายละเอียดของนักเรียน

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

/ / 2 0  M  F  เพศ

ชื่อโรงเรียน

เพศชาย เพศหญิง

หมายเลขบัตรเมดิแคร์

หมายเลขข้างชื่อบุตรของท่านบนบัตรเมดิแคร์

## 2. สถานภาพการเป็นคนพื้นเมือง

ไม่ใช่  ใช่ เป็นชาวอะบอริจิน  ใช่ เป็นชาวเกาะ ทอร์เรสสเตรท  ใช่ เป็นทั้งชาวอะบอริจินและชาวเกาะทอร์เรสสเตรท

## 3. รายละเอียดของท่าน - บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลที่ได้รับและเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี

ดังนั้นข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อดังกล่าวข้างต้น รับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีตามตารางกำหนดสองเข็ม

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง (ตัวอย่างเช่นJOHN SMITH)

ที่อยู่ (ตัวอย่างเช่น5 SMITH LANE)

เขต

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์สำรองที่ติดต่อได้สะดวกที่สุด (รวมหมายเลขรหัสท้องถิ่น เช่นตัวอย่างเช่น02)

ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง

วันที่

/ / 2 0



บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกัน  
โรคตับอักเสบบี

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม

ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) **วัคซีนเข็มที่ 1**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) **วัคซีนเข็มที่ 2**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0

บันทึกของพยาบาล

เหตุผลที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

- ลากหยุด
- ไม่ยอมรับวัคซีน
- ป่วย
- ไม่มีลายเซ็น
- ยกเลิกคำยินยอม
- อื่นๆ

บิดามารดา/ผู้ปกครอง บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี

บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี

วัคซีนเข็มที่ 1

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม

ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) **วัคซีนเข็มที่ 1**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0

บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี

วัคซีนเข็มที่ 2

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม

ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) **วัคซีนเข็มที่ 2**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0

# วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (วัคซีน MMR)



Measles, mumps and rubella (MMR) vaccine

กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW Health) จัดโครงการฉีดวัคซีนในโรงเรียนให้เด็กวัยรุ่น ตามคำแนะนำของสภาวิจัยด้านสาธารณสุขและการแพทย์แห่งชาติ (National Health & Medical Research Council) บิดามารดา/ผู้ปกครองต้องเซ็นแบบฟอร์มให้ความยินยอม

## ขั้นตอนต่อไป

- อ่านเอกสารข้อมูลนี้โดยละเอียด
- หากท่านประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน ให้ท่านกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และให้บุตรนำแบบฟอร์มที่เซ็นยินยอมแล้วคืนให้ทางโรงเรียน
- หากท่านไม่ประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน อย่างกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมหรือคืนแบบฟอร์มให้ทางโรงเรียน

## ถาม: โรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันคืออะไร

**โรคหัด** เป็นโรคติดต่อได้ง่ายมากจากเชื้อไวรัส ทำให้มีไข้ ไอ และเป็นผื่น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ โรคปอดอักเสบ ท้องเสีย และ หูชั้นกลางอักเสบ สมองอักเสบเกิดขึ้นประมาณ 1 ใน 1000 ราย และ 10-15% ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตและหลายคนจะมีภาวะสมองเสียหายอย่างถาวร

**โรคคางทูม** เป็นโรคติดต่อทำให้ต่อมน้ำเหลืองที่คอบวม และมีไข้ ผู้ติดเชื้อประมาณ 10% จะมีอาการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (อาการที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ) ขณะที่ผู้ชายที่พ้นวัยเริ่มเจริญพันธุ์ประมาณ 15-30% จะมีการอักเสบของอัณฑะ (orchitis) หากติดเชื้อคางทูมในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ อาจทำให้แท้งบุตรได้

**โรคหัดเยอรมัน** เป็นโรคติดต่อเกิดจากเชื้อไวรัส ทำให้เป็นผื่น มีไข้ และต่อมน้ำเหลืองโต ทำให้ทารกในครรภ์เกิดความพิการรุนแรงหากมารดาติดเชื้อโรคนี้ ทารก 90% ที่ติดเชื้อในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะมีความพิการแต่กำเนิดอย่างรุนแรงได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางการได้ยิน ความบกพร่องทางการมองเห็น หรือ ความพิการของหัวใจ

## ถาม: โรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันติดต่อได้อย่างไร

โรคติดเชื้อไวรัสเหล่านี้ติดต่อผ่านทางไอและจาม โรคหัดติดต่อได้ง่ายที่สุดในบรรดาโรคติดต่อในมนุษย์ทั้งหมด เพียงแค่อยู่ในห้องเดียวกับผู้ที่เป็นหัดก็สามารถติดโรคได้

## ถาม: วัคซีนเหล่านี้ทำงานอย่างไร

วัคซีนเหล่านี้ทำงานโดยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคบางชนิด หากคนที่ได้รับวัคซีนแล้วสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านี้ ระบบภูมิคุ้มกันของพวกเขาจะตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้

## ถาม: วัคซีนนี้มีประสิทธิภาพดีเพียงใด

วัคซีน MMR มีประสิทธิภาพมากในการป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

## ถาม: ใครควรรับการฉีดวัคซีน

วัยรุ่นควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันสองเข็ม จึงจะมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันอย่างสมบูรณ์ นอกเสียจากว่าเคยได้รับวัคซีนสองเข็มนี้แล้ว

## ถาม: ใครไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีน

ไม่ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ให้แก่บุคคลต่อไปนี้คือ

- ผู้ที่มีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงหลังจากได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันเข็มก่อนหน้านี
- ผู้ที่มีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงเนื่องจากส่วนประกอบใดๆของวัคซีน (ตามรายการในหน้าถัดไป)
- ผู้ที่ตั้งครรภ์ (ไม่ควรตั้งครรภ์ภายใน 28 วันหลังจากได้รับวัคซีน)
- ผู้ที่เคยได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นแต่ก่อนฤดูภายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส วัคซีนบีซีจี (วัณโรค) หรือไขเหลือง
- ผู้ใดที่เคยได้รับการถ่ายเลือด/การฉีดอิมมูโนโกลบูลินภายในปีที่ผ่านมา
- ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น
  - (i) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
  - (ii) ผู้ที่กำลังรับประทานยาคอร์ติโคสเตอโรยด์ขนาดสูง
  - (iii) ผู้ที่กำลังรับการรักษาซึ่งกดภูมิคุ้มกันตามขนาดสูง การฉายแสงทั่วไป หรือรังสีรักษา
  - (iv) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งของระบบ reticuloendothelial system รวมทั้ง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน

## ถาม: วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันมีสารเติมแต่งอะไรบ้าง

วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน มีส่วนประกอบของสาร แลคโตส (lactose) นีโอไมซิน (neomycin) ซอร์บิทอล (sorbitol) และ แมนนิทอล (mannitol) สารเติมแต่งที่ใส่ในวัคซีนเหล่านี้มีจำนวนน้อยมากเพื่อช่วยกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน หรือทำหน้าที่เป็นสารกันเสีย

## ถาม: วัคซีนปลอดภัยแค่ไหน

วัคซีนในประเทศออสเตรเลียปลอดภัยและต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวด ก่อนได้รับการอนุมัติออกใช้โดย Therapeutic Goods Administration (หน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา หรือ TGA) นอกจากนี้ TGA ยังติดตามสังเกตการณ์ความปลอดภัยหลังจากได้นำวัคซีนมาใช้แล้ว

## ถาม: ผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน มีอะไรบ้าง

วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และใช้ได้ดี ผลข้างเคียงมักไม่รุนแรงซึ่งอาจมีอาการไม่สบาย มีไข้ และ/หรือเป็นผื่น (ซึ่งไม่ติดต่อ และผื่นอาจเกิดขึ้น 5-12 วันหลังรับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน) อาการข้างเคียงที่รุนแรง รวมทั้งปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรง (ดูข้อมูลด้านล่าง) โรคของต่อมน้ำเหลืองที่บวมโตชั่วคราว (transient lymphadenopathy) ปวดข้อ และภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (ทำให้เป็นจ้ำเลือดและเลือดออกได้ง่าย) แทบจะไม่เกิดขึ้น ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนมีอยู่ในข้อมูลเกี่ยวกับยาสำหรับผู้บริโภค (Consumer Medicine Information - CMI) ซึ่งสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination) หากพ่อแม่กังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีน ควรปรึกษาแพทย์ทั่วไป (GP- จีพี) และแพทย์ควรเป็นผู้ส่งรายงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านอีกด้วย

## ถาม: ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Anaphylaxis - แอนนะพีแล็กซิส) คืออะไร

ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรงอาจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว **อาการนี้แทบจะไม่เกิดขึ้นหลังการฉีดวัคซีน** พยาบาลผู้ฉีดวัคซีนในโรงเรียนทุกคนได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดอาการจากปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง

## ถาม: นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ควรรับวัคซีนนี้หรือไม่

ไม่ควรฉีดวัคซีนให้แก่เด็กนักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ ในวันที่มีคลินิกฉีดวัคซีนพยาบาลจะถามนักเรียนหญิงว่าตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์หรือไม่ หากนักเรียนตอบว่าใช่ เธอจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน นักเรียนจะได้รับการสนับสนุนให้ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์กับบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยด่วน เพื่อไปปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้เธอจะได้รับรายละเอียดของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และแนะแนวทาง

นักเรียนหญิงที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันไม่ควรตั้งครรภ์ภายใน 28 วันหลังจากได้รับวัคซีน

## ถาม: จะต้องทำอย่างไรหากบุตรข้าพเจ้าเป็นโรคหอบหืด และต้องใช้อย่างยาหลอดลมที่มีสารคอร์ติโซนหรือเพรดนิโซน “ชนิดพ่น”

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันให้แก่ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดนั้นปลอดภัยไม่ว่ากำลังใช้ยารักษาชนิดใด

## ถาม: ใครเป็นผู้ให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และถอนการให้ความยินยอมได้หรือไม่

บิดามารดาหรือผู้ปกครองเท่านั้นที่สามารถให้ความยินยอมฉีดวัคซีนแก่นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี นักเรียนที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปให้ความยินยอมเองได้ และควรกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมและเซ็นชื่อในส่วนที่ให้บิดามารดา/ผู้ปกครองกรอกรายละเอียด ท่านถอนการให้ความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยแจ้งให้โรงเรียนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนเพื่อถอนการให้ความยินยอม

## ถาม: ข้าพเจ้าจะเข้าถึงบันทึกการฉีดวัคซีนได้อย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรท่านจะถูกอัปโหลดไปยังทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register หรือ AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรท่าน

ผู้ปกครองสามารถขอสำเนาบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรจากทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (AIR) ได้ทุกเมื่อจนบุตรอายุ 14 ปี และนักเรียนที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไปสามารถขอบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของตนเองได้ดังนี้

- โดยการใช้อินเทอร์เน็ตของ Medicare ผ่าน myGov [my.gov.au](http://my.gov.au)
- โดยการใช้อินเทอร์เน็ตของ Medicare Express Plus App [www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps](http://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps)
- โทรสายสอบถามข้อมูลทั่วไปของ AIR ได้ที่ 1800 653 809

## ถาม: ข้าพเจ้าต้องทำอย่างไรหากบุตรข้าพเจ้าไม่ได้รับวัคซีนที่โรงเรียนเนื่องจากป่วย หรือไม่ได้ไปโรงเรียนในวันที่พยาบาลมาฉีดวัคซีน

ท่านควรติดต่อแพทย์ใกล้บ้านเพื่อนัดหมายให้บุตรของท่านไปฉีดวัคซีน

## ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นกับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า

ข้อมูลที่ท่านกรอกลงในแบบฟอร์มให้ความยินยอม ได้รับการคุ้มครองอย่างเคร่งครัดภายใต้กฎหมายของรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐบาลกลาง ว่าด้วยเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาเป็นความลับ (โปรดดูคำชี้แจงเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลที่แนบมานี้) ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกลงในทะเบียนการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์และนำไปบรรจุขึ้นในทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register - AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับประวัติการรับวัคซีนที่มีอยู่ของบุตรท่านและไปดูได้ใน MyGov

## ถาม: ข้าพเจ้าจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในโรงเรียนได้ที่ไหน

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้โดย

- โดยไปที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ ที่ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination)
- โดยติดต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขประจำท้องถิ่นของท่าน ได้ที่ 1300 066 055



### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน

### ต้องทำอะไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีดวัคซีน

- ใช้ผ้าเย็นหมาดๆประคบบริเวณที่ได้รับการฉีดยาเพื่อลดอาการเจ็บ
- รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
- ดื่มน้ำมากขึ้น

### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน



Thai

## แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน



บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม กรุณากรอกข้อความ **ตัวพิมพ์** ด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงินหรือสีน้ำเงิน

### 1. รายละเอียดของนักเรียน

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

/ / 2 0

เพศ

M  F

คลุมเครือ-Indeterminate/  
เพศกำกวม-Intersex/  
ยังไม่กำหนด-Unspecified

ชั้นปีที่

ชื่อโรงเรียน

หมายเลขบัตรเมดิแคร์

หมายเลขข้างชื่อบุตรของ  
ท่านบนบัตรเมดิแคร์

### 2. สถานภาพการเป็นคนพื้นเมือง

ไม่ใช่  ใช่ เป็นชาวอะบอริจิน  ใช่ เป็นชาวเกาะ ทอร์เรสเตรท  ใช่ เป็นทั้งชาวอะบอริจินและชาวเกาะทอร์เรสเตรท

### 3. รายละเอียดของท่าน - บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลที่ได้รับและเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

ดังนั้นข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อดังกล่าวข้างต้น รับประทานวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันสองเข็ม

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง (ตัวอย่างเช่นJOHN SMITH)

ที่อยู่ (ตัวอย่างเช่น5 SMITH LANE)

เขต

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์สำรองที่ติดต่อได้สะดวกที่สุด  
(รวมหมายเลขพื้นที่ เช่นตัวอย่างเช่น02)

ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง

วันที่

/ / 2 0

x



บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด  
คางทูม และหัดเยอรมัน

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน **วัคซีนเข็มที่ 1**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน **วัคซีนเข็มที่ 2**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่

บันทึกของพยาบาล

เหตุผลที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

- ลากหยุด  
 ไม่ยอมรับวัคซีน  
 ป่วย  
 ไม่มีลายเซ็น  
 ยกเลิกคำยินยอม  
 อื่นๆ

บิดามารดา/ผู้ปกครอง

บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

วัคซีนเข็มที่ 1

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0

บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

วัคซีนเข็มที่ 2

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม  
ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือสี่ชั่วโมง) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ 2 0



# วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

## Polio vaccine

กระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW Health) จัดโครงการฉีดวัคซีนในโรงเรียนให้เด็กวัยรุ่น ตามคำแนะนำของสภาวิจัยด้านสาธารณสุขและการแพทย์แห่งชาติ (National Health & Medical Research Council) บิดามารดา/ผู้ปกครองต้องเซ็นแบบฟอร์มให้ความยินยอม

### ขั้นตอนต่อไป

- อ่านเอกสารข้อมูลนี้โดยละเอียด
- หากท่านประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอให้ท่านกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมฉีดวัคซีนและให้บุตรนำแบบฟอร์มที่เซ็นยินยอมแล้วคืนให้ทางโรงเรียน
- หากท่านไม่ประสงค์ให้บุตรรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโออย่างกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมหรือคืนแบบฟอร์มให้ทางโรงเรียน

### ถาม: โรคโปลิโอคืออะไร (poliomyelitis)

โรคโปลิโอเกิดจากเชื้อไวรัสโปลิโอซึ่งทำให้เกิดอัมพาตและเสียชีวิตได้ คุณส่วนใหญ่ที่ได้รับเชื้อไวรัสโปลิโอไม่มีอาการเลย ผู้ที่ได้รับเชื่อนี้ประมาณ 10% จะมีอาการเพียงเล็กน้อยทำให้มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และอาเจียน และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติ แต่อีกประมาณ 2% จะมีอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง ร่วมกับอาการหลังแข็งหรือคอแข็งตึง ซึ่งมีสาเหตุจากการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง น้อยกว่า 1% ของผู้ที่ได้รับเชื่อนี้จะมีอาการกล้ามเนื้ออัมพาตอ่อนปวกเปียกแบบเฉียบพลันที่แขนและขา กล้ามเนื้อของศีรษะและคอ และกล้ามเนื้อซึ่งช่วยในการหายใจ

### ถาม: โรคโปลิโอติดต่อได้อย่างไร

โรคโปลิโอติดต่อได้จากการคลุกคลีกับผู้ติดเชื้อโดยการสัมผัสกับอุจจาระเพียงจำนวนเล็กน้อย (นั่นคือจากมือที่ไม่ได้ล้าง) หรือน้ำลายของผู้ติดเชื้อ เชื้อไวรัสโปลิโอเข้าสู่ร่างกายทางจมูกหรือปาก เชื้อโรคเริ่มต้นจากทางเดินอาหาร แล้วเข้าสู่กระแสโลหิต และถูกส่งต่อไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย รวมทั้งระบบประสาท ผู้ป่วยมักจะแพร่เชื้อได้ตั้งแต่ 10 วันก่อนมีอาการ จนถึง 10 วันหลังเริ่มมีอาการ

### ถาม: วัคซีนเหล่านี้ทำงานอย่างไร

วัคซีนเหล่านี้ทำงานโดยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคบางชนิด หากคนที่ได้รับวัคซีนแล้วสัมผัสกับเชื้อโรคเหล่านี้ ระบบภูมิคุ้มกันของพวกเขาจะตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ป้องกันการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้

### ถาม: วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมีประสิทธิภาพแค่ไหน

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอตามตารางที่กำหนด 3 เข็ม มีประสิทธิภาพป้องกันโรคโปลิโอได้อย่างน้อย 99%

### ถาม: ใครควรรับการฉีดวัคซีน

นักเรียนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (วัคซีน 3 เข็มห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์) ควรได้รับการฉีดวัคซีน นักเรียนส่วนใหญ่จะได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งเข็ม ดังนั้นนักเรียนที่ศูนย์การเรียนภาษาอังกฤษแบบเร่งรัด (Intensive English Centres) จะได้รับการฉีด 2 เข็ม และผู้ปกครองจะได้รับคำแนะนำให้ไปรับเข็มที่สามจากแพทย์ใกล้บ้านหากจำเป็น

### ถาม: ใครไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีน

ไม่ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ให้แก่บุคคลต่อไปนี้

- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงหลังจากได้รับวัคซีนเข็มก่อนหน้านี้
- ผู้ที่เคยมีปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันรุนแรงเนื่องจากส่วนประกอบใดๆของวัคซีน (รายชื่ออยู่หน้าถัดไป)

### ถาม: ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรง (Anaphylaxis - แอนนะฟีแล็กซิส) คืออะไร

ปฏิกิริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันและรุนแรงอาจทำให้หมดสติและถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว

อาการนี้ **แทบจะไม่เกิดขึ้น** หลังการฉีดวัคซีน พยาบาลผู้ฉีดวัคซีนในโรงเรียนทุกคนได้รับการฝึกอบรมวิธีการบำบัดอาการจากปฏิกิริยาภูมิแพ้เฉียบพลันและรุนแรง

### ถาม: ข้าพเจ้าควรทำอย่างไรหากข้าพเจ้าไม่มีบันทึกหรือจำไม่ได้ว่าบุตรข้าพเจ้าได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอแล้วหรือยัง

เด็กและผู้ใหญ่สามารถรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอได้อย่างปลอดภัย หากไม่มีหลักฐานว่าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมาก่อน

## ถาม: วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอมีส่วนประกอบของสารเติมแต่งอะไรบ้าง

วัคซีนมีส่วนประกอบของ ฟีน็อกซีเอทานอล (phenoxyethanol) ฟอรัมาลดีไฮด์ (formaldehyde) โพลีซอร์เบท 80 (polysorbate 80) และ นีโอไมซิน (neomycin) สเตรปโตไมซิน (streptomycin) โพลีมิกซิน บี (polymyxin B) ปริมาณเล็กน้อยมาก และ สาร bovine serum albumin

สารเติมแต่งที่ใส่ในวัคซีนเหล่านี้มีจำนวนน้อยมากเพื่อช่วยกระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน หรือทำหน้าที่เป็นสารกันเสีย วัคซีนสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเซลล์ของวัวในระหว่างการผลิต

## ถาม: วัคซีนปลอดภัยแค่ไหน

วัคซีนในประเทศออสเตรเลียปลอดภัยและต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวด ก่อนได้รับการอนุมัติออกใช้โดย Therapeutic Goods Administration (หน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา หรือ TGA) นอกจากนี้ TGA ยังติดตามสังเกตการณ์ความปลอดภัยหลังจากได้นำวัคซีนมาใช้แล้ว

## ถาม: ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ อะไรบ้าง

ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีเพียงเล็กน้อย มักจะมีอาการแดง ปวด และบวมบริเวณที่ฉีดวัคซีน หรือมีไข้ อาการข้างเคียงที่รุนแรงพบได้น้อยมาก ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนมีอยู่ในข้อมูลเกี่ยวกับยาสำหรับผู้บริโภค (Consumer Medicine Information - CMI) ซึ่งสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination) หากพ่อแม่กังวลใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีน ควรปรึกษาแพทย์ทั่วไป (GP- จีพี) และแพทย์ควรเป็นผู้ส่งรายงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านอีกด้วย

## ถาม: นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ควรรับวัคซีนนี้หรือไม่

ไม่ควรฉีดวัคซีนให้แก่นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์ ในวันที่มีคลินิกฉีดวัคซีนพยาบาลจะถามนักเรียนหญิงว่าตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์หรือไม่ หากนักเรียนตอบว่าใช่ เธอจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน นักเรียนจะได้รับการสนับสนุนให้ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์กับบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยด่วน เพื่อไปปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้เธอจะได้รับรายละเอียดของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และแนะแนวทาง

## ถาม: จะต้องทำอย่างไรหากบุตรข้าพเจ้าเป็นโรคหอบหืด และต้องใช้อย่างยาลดลมที่มีสารคอร์ติโซนหรือเพรดนิโซน “ชนิดพ่น”

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ให้แก่ผู้ที่เป็โรคหอบหืดนั้น ปลอดภัยไม่ว่ากำลังใช้ยารักษาชนิดใด

## ถาม: ใครเป็นผู้ให้ความยินยอมฉีดวัคซีน และถอนการให้ความยินยอมได้หรือไม่

บิดามารดาหรือผู้ปกครองเท่านั้นที่สามารถให้ความยินยอมฉีดวัคซีนแก่นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี นักเรียนที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปให้ความยินยอมเองได้ และควรกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมและเซ็นชื่อในส่วนที่ให้บิดามารดา/ผู้ปกครองกรอกรายละเอียด ท่านถอนการให้ความยินยอมได้ทุกเมื่อโดยแจ้งให้โรงเรียนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโทรศัพท์ไปที่โรงเรียนเพื่อถอนการให้ความยินยอม

## ถาม: ข้าพเจ้าจะเข้าถึงบันทึกการฉีดวัคซีนได้อย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรท่านจะถูกอัปโหลดไปยังทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register หรือ AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรท่าน

ผู้ปกครองสามารถขอสำเนาบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของบุตรจากทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (AIR) ได้ทุกเมื่อจนบุตรอายุ 14 ปี และนักเรียนที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไปสามารถขอบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของตนเองได้ดังนี้

- โดยการใช้อินเทอร์เน็ตของ Medicare ผ่าน myGov [my.gov.au/](http://my.gov.au/)
- โดยการใช้อินเทอร์เน็ตของ Medicare Express Plus App [www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps](http://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/express-plus-mobile-apps)
- โทรสายสอบถามข้อมูลทั่วไปของ AIR ได้ที่ 1800 653 809

## ถาม: ข้าพเจ้าต้องทำอย่างไรหากบุตรข้าพเจ้าไม่ได้รับวัคซีนที่โรงเรียนเนื่องจากป่วย หรือไม่ได้ไปโรงเรียนในวันที่พยาบาลมาฉีดวัคซีน

ท่านควรติดต่อแพทย์ใกล้บ้านเพื่อนัดหมายให้บุตรของท่านไปฉีดวัคซีน

## ถาม: จะเกิดอะไรขึ้นกับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า

ข้อมูลที่ท่านกรอกลงในแบบฟอร์มให้ความยินยอม ได้รับการคุ้มครองอย่างเคร่งครัดภายใต้กฎหมายของรัฐนิวเซาท์เวลส์และรัฐบาลกลาง ว่าด้วยเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาเป็นความลับ (โปรดดูคำชี้แจงเรื่องสิทธิข้อมูลส่วนบุคคลที่แนบมา) ข้อมูลนี้จะถูกบันทึกลงในทะเบียนการฉีดวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์และนำไปบรรจุขึ้นในทะเบียนการฉีดวัคซีนประเทศออสเตรเลีย (Australian Immunisation Register - AIR) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับประวัติการรับวัคซีนที่มีอยู่ของบุตรท่านและไปดูได้ใน MyGov

## ถาม: ข้าพเจ้าจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในโรงเรียนได้ที่ไหน

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้โดย

- โดยไปที่เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ ที่ [www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination](http://www.health.nsw.gov.au/schoolvaccination)
- โดยติดต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขประจำท้องถิ่นของท่าน ได้ที่ 1300 066 055

### ต้องทำอะไรบ้างหลังจากได้รับการฉีดวัคซีน

- เก็บบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ไว้เพราะท่านอาจต้องแสดงข้อมูลนี้ในภายหลัง
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนของบุตรจะได้รับการอัปเดตโดยอัตโนมัติไปยัง Australian Immunisation Register (AIR) ท่านอาจต้องการแจ้งให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP-จีพี) ของท่านทราบเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ฉีดวัคซีน

หากบุตรของท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ท่านเป็นกังวล กรุณาปรึกษาแพทย์ของท่าน

### ต้องทำอะไรหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีดวัคซีน

- ใช้ผ้าเย็นหมาดๆประคบบริเวณที่ได้รับการฉีดยาเพื่อลดอาการเจ็บ
- รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
- ดื่มน้ำมากขึ้น

# แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม กรุณากรอกข้อความส่วนตัวพิมพ์ด้วยปากกาหมึกสีน้ำเงิน

## 1. รายละเอียดของนักเรียน

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

/ / 2 0

เพศ

M  F  
เพศชาย เพศหญิง

ชั้นปีที่

คลุมเครือ-Indeterminate/  
เพศกำกวม-Intersex/  
ยังไม่กำหนด-Unspecified

ชื่อโรงเรียน

หมายเลขบัตรเมดิแคร์

หมายเลขข้างชื่อบุตรของ  
ท่านบนบัตรเมดิแคร์

## 2. สถานภาพการเป็นคนที่พินเมือง

ไม่ใช่  ใช่ เป็นชาวอะบอริจิน  ใช่ เป็นชาวเกาะ ทอร์เรสสตรีท  ใช่ เป็นทั้งชาวอะบอริจินและชาวเกาะทอร์เรสสตรีท

## 3. รายละเอียดของท่าน - บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลที่ได้รับและเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ดังนั้นข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าตามชื่อดังกล่าวข้างต้น รับประทานวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอตามตารางกำหนดสองเข็ม

- ข้าพเจ้าขอรับรองตามความรู้ที่มีอยู่ที่ดีที่สุดว่า บุตรของข้าพเจ้า:
- ไม่เคยมีปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรงหลังจากได้รับการฉีดวัคซีนใดๆ
  - ไม่มีปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรงจากส่วนประกอบใดๆของวัคซีนตามรายการที่แจ้งไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ปกครองที่แนบมาด้วย
  - ไม่ตั้งครรภ์

ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง (ตัวอย่างเช่น JOHN SMITH)

ที่อยู่ (ตัวอย่างเช่น 5 SMITH LANE)

เขต

รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์สำรองที่ติดต่อได้สะดวกที่สุด  
(รวมหมายเลขพื้นที่ เช่น ตัวอย่างเช่น 02)

ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง

วันที่

/ / 2 0

x



# บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม

ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือ) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน **วัคซีนเข็มที่ 1**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ **2 0**  
x

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือ) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน **วัคซีนเข็มที่ 2**  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ **2 0**  
x

## บันทึกของพยาบาล

เหตุผลที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

- ล่าหยุด
- ไม่ยอมรับวัคซีน
- ป่วย
- ไม่มีลายเซ็น
- ยกเลิกคำยินยอม
- อื่นๆ

# บิดามารดา/ผู้ปกครอง บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

## บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

วัคซีนเข็มที่ 1

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม

ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือ) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ **2 0**  
x

## บันทึกการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ

วัคซีนเข็มที่ 2

บิดามารดา/ผู้ปกครองเป็นผู้กรอกแบบฟอร์ม

ชื่อนักเรียน (ตัวอย่างเช่น JANE SMITH)

## เฉพาะเจ้าหน้าที่

แขน  ซ้าย เวลาที่ฉีดวัคซีน (ใช้ระบบนาฬิกาข้อมือ) หมายเลขรุ่นที่ผลิตของวัคซีน  
 ขวา

ลายเซ็นพยาบาล วันที่ **2 0**  
x

# คำชี้แจงเรื่อง สิทธิข้อมูลส่วนบุคคล



## ภาระหน้าที่ของเรา

เรามีภาระหน้าที่เก็บรักษาคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามที่กฎหมายกำหนดไว้

คำแถลงนี้อธิบายถึงวิธีการและเหตุผลในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและบุตร วิธีการขอรับข้อมูลของท่าน และการนำข้อมูลของท่านไปใช้ภายในหน่วยงานด้านสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ หรือเปิดเผยต่อผู้อื่น ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านรวมถึง รายละเอียดส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวท่าน และบุตร และข้อมูลด้านสุขภาพของบุตร ท่านที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนคัมกันโรค

## การเก็บรวบรวม

การเก็บข้อมูลส่วนบุคคลนั้นเพื่อให้บุตรของท่านได้รับการฉีดวัคซีนคัมกันโรคอย่างเหมาะสม

ข้อมูลที่เก็บจะเป็นข้อมูลที่มีความจำเป็นและเกี่ยวเนื่องต่อการฉีดวัคซีนคัมกันโรคให้แก่บุตรของท่าน และเพื่อการบริหารการบริการฉีดวัคซีนคัมกันโรคเท่านั้น

ข้อมูลที่เก็บนั้นได้มาจากท่านและบุตรของท่านโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ บางครั้งข้อมูลอาจได้มาจากโรงเรียนของบุตรท่าน และจากเจ้าหน้าที่คนอื่นๆที่ให้การรักษายาบาลบุตรของท่าน ในกรณีฉุกเฉิน ข้อมูลอาจเก็บรวบรวมได้จากสมาชิกใน

ครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล หรือผู้อื่นซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือแก่เราเพื่อให้บุตรของท่านได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

## ความปลอดภัยของข้อมูลที่รวบรวมได้

ข้อมูลส่วนบุคคลอาจถูกเก็บรักษาโดยใช้วิธีการต่างๆ โดยปกติแล้วข้อมูลอาจถูกเก็บอยู่ในแฟ้มประวัติด้านการแพทย์ในรูปแบบกระดาษ และ/หรือแบบอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเก็บข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ที่ปลอดภัย เราทำตามกฎระเบียบและนโยบายด้านการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัดในทุกรูปแบบ เพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไม่ให้สูญหาย นำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต หรือนำไปใช้ในทางที่ผิด

## การนำไปใช้และการเปิดเผย

ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านหรือของบุตร อาจถูกหน่วยงานด้านสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์นำไปใช้ หรือเปิดเผยต่อหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ท่านได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น ข้อมูลของท่านอาจถูกเปิดเผยต่อแพทย์จีพีของท่าน แพทย์จีพีของบุตร หน่วยบริการด้านสุขภาพหรือโรงพยาบาลอื่น หน่วย

บริการรพพยาบาลรัฐนิวเซาท์เวลส์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเมื่อมีการส่งต่อเพื่อการรักษา หรือเพื่อการทดสอบด้านพยาธิวิทยา เป็นต้น ข้อมูลส่วนบุคคลอาจถูกนำไปใช้หรือเปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการหน่วยงานด้านสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ และการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งงบประมาณ การวางแผน ความปลอดภัย และกิจกรรมเพื่อการปรับปรุงคุณภาพ

เราจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของรัฐบาลแห่งรัฐและรัฐบาลกลาง เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการรายงานโรคติดต่อต้องแจ้งความ ให้รายละเอียดเกี่ยวกับเมดิแคร์ และสถิติด้านการฉีดวัคซีนคุ้มกันโรค

เราอาจใช้ข้อมูลส่วนบุคคลติดต่อท่านเพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ การสำรวจ และเพื่อดูแลตรวจสอบความปลอดภัยของวัคซีน การเข้าร่วมตอบแบบสำรวจเป็นไปโดยความสมัครใจ และจะไม่มีผลต่อการบริการด้านสุขภาพใดๆต่อผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม

## การขอข้อมูลส่วนบุคคล

ท่านมีสิทธิขอข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และบุตรที่เราเก็บรักษาไว้ ท่านอาจต้องเสียค่าธรรมเนียมหากขอสำเนาข้อมูลส่วนตัวหรือประวัติด้านการแพทย์ของท่าน

## ข้อมูลเพิ่มเติมและติดต่อสอบถาม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน กรุณาอ่าน แนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพของหน่วยงานด้านสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์ (NSW Health Privacy Manual for Health Information) ได้ที่ [www.health.nsw.gov.au/patients/](http://www.health.nsw.gov.au/patients/privacy)

### [privacy](http://www.health.nsw.gov.au/patients/privacy)

หากท่านมีคำถามหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กรุณาติดต่อติดต่อหน่วยงานสุขภาพใกล้บ้านได้ที่หมายเลข 1300 066 055