

<b>รายการตรวจสอบและคำยินยอม ก่อนการฉีดวัคซีน บาซิลล์ แคลแมต-เกแรง(บีซีจี) Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent</b>	SURNAME		D.O.B.	
	FIRST NAMES		AGE	SEX
	ADDRESS			
	TELEPHONE		POSTCODE	
			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 โรคคลูสึมัย มะเร็ง เอชไอวี/เอดส์ หรือ มีความร้ายแรงเกี่ยวกับระบบไขกระดูกหรือน้ำเหลือง) หรือกำลังอยู่ในระหว่างการบำบัดที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง (เช่น ใช้น้ำยาเข้าสู่ดีรอยด์ ซึ่งได้แก่ คอร์ทีโซนและเพร็ดนิโซน เคมีบำบัด หรือ การบำบัดด้วยการฉายแสง)
- เคยมีปฏิกิริยารุนแรงหลังจากรับการฉีดวัคซีนใดๆ
- มีอาการแพ้รุนแรงอย่างหนึ่งอย่างใด
- ได้รับการฉีดวัคซีนอื่นมาแล้วภายในเดือนที่ผ่านมา
- เคยใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (ทีบี) หรือกำลังอยู่ในระหว่างตรวจตราในฐานะเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค
- เคยได้รับการฉีดวัคซีนบีซีจีป้องกันวัณโรคมาแล้ว

**หมายเหตุ - ไม่ขอแนะนำให้คุณกลับไปรับการฉีดวัคซีนบีซีจี:**

- บุคคลที่ในอดีตมีปฏิกิริยาเชิงบวกต่อการทดสอบวัณโรคบนผิวหนัง คือปฏิกิริยามีขนาด  $\geq 5$  มม
- ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำอยู่ในอันตราย(เพราะการเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของการติดเชื้อบีซีจีในบุคคลเหล่านี้)
- บุคคลที่มีการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง และซึ่งภาวะต่อต้านเอชไอวียังไม่เป็นที่เปิดเผย
- บุคคลซึ่งเป็นโรคผิวหนังแผ่กว้างไปทั่วตัว
- สตรีมีครรภ์ — ไม่เคยปรากฏว่าบีซีจีเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ แต่ไม่ขอแนะนำให้ใช้วัคซีนบีซีจีร่วมกับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ และ
- บุคคลที่เคยเป็นวัณโรคในอดีต

นอกจากนั้น ขอแนะนำให้คุณคนที่เป็นคืลอยด์ (คือแผลเป็นทึมีเนื้อนูนขึ้ขึ้นมา) ทราบว่า หลังจาการรับการฉีดวัคซีนบีซีจีแล้ว บุคคลสว่นมากจะเป็นแผลเป็นซึ่งต่อไปอาจกลายเป็นคืลอยด์ตรงบริเวณที่ฉีดวัคซีนบีซีจี

**ถ้าท่านหรืบุตรของท่านมีอาการเหล่านี้อาการหนึ่งอาการใด โปรดแจ้งให้พยายาลทราบก่อนรับการฉีดวัคซีนบีซีจี และถ้าท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับข้อมูลนี้ หรือเรื่องใดๆที่เกี่ยวข้งกับการฉีดวัคซีนบีซีจี โปรดสอบถามกับพยายาลก่อนที่จะรับการฉีดวัคซีนนี้**

**พยายาลจะถามท่านว่า:**

- ท่านได้อ่านและเข้าใจแบบฟอร์มนี้และแผ่นข้อมูลเกี่ยวกับการรับการฉีดวัคซีนบีซีจีหรือไม่? และ
- ท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการตัดสินใจว่าจะรับการฉีดวัคซีนบีซีจีหรือไม่?

ข้าพเจ้าได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอันตรายและประโยชน์ของการรับการฉีดวัคซีนบีซีจีแล้ว และได้มีโอกาสปรึกษาหารือกับพยายาลคลินิกทรวงอก ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้นี้ เป็ความจริงตามความรู้ของข้าพเจ้า

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:* \_\_\_\_\_

พยายาล / ผู้ฉีดวัคซีนคลินิกทรวงอก:

**Chest Clinic Nurse / Immuniser:**

เขียนชื่อด้วยตัวบรรจง:

*Print Name:* \_\_\_\_\_

ลายเซ็น:

*Signature:* \_\_\_\_\_

**ข้อคิดเห็น (Comments):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_