



ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

ฝ่ายการศึกษา
สำนักงานเขตลาดกระบัง
รับที่ ๑๑๓๗
วันที่ ๑๘ กพ ๒๕๖๕
เวลา ๑๖.๐๖

ส่วนราชการ สำนักงานการศึกษา (กองเสริมสร้างสมรรถนะนักเรียน โทร/โทรสาร ๐ ๒๔๙๗ ๖๖๓๑-๕ ต่อ ๓๔๒๗)
 ที่ กท ๐๘๐๘/ ๑๐๗๕ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง สำรองความต้องการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กนักเรียนระดับชั้นอนุบาลศึกษา และประถมศึกษา ที่มีอายุตั้งแต่ ๕ - ๑๑ ปี (ใหม่)

เรียน ผู้อำนวยการเขต

ตามหนังสือสำนักงานการศึกษา ด่วนที่สุด ที่ กท ๐๘๐๘/๘๕๖๑ ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ เรื่อง สำรองความต้องการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สำหรับเด็กนักเรียนระดับชั้นอนุบาลศึกษา และประถมศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ ๕ - ๑๑ ปี นั้น

เนื่องจากกรมควบคุมโรคมีการปรับสูตรการฉีดวัคซีน ในเด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี จำนวน ๓ สูตร ได้แก่ Pfizer+Pfizer (สำหรับเด็กอายุ ๕-๑๑ ปี) , Sinovac+Sinovac (สำหรับเด็กอายุ ๖-๑๑ ปี), Sinovac+Pfizer (สำหรับเด็กอายุ ๖-๑๑ ปี) เพื่อให้การดำเนินการฉีดวัคซีนตามความสมัครใจของผู้ปกครอง และแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับเด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี (ฉบับวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) สำนักงานศึกษาจึงขอความร่วมมือสำนักงานเขตดำเนินการ ดังนี้

๑. โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนตามแบบภาคผนวกที่ ๑
๒. โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนตามแบบภาคผนวกที่ ๒
๓. โรงเรียนประชาสัมพันธ์แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด ๑๙ สำหรับเด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี

(ฉบับวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕) และเอกสารความประสงค์ของผู้ปกครองรับวัคซีนโควิด ๑๙ ภาคผนวกที่ ๔ และแบบคัดกรองก่อนรับวัคซีนโควิด ๑๙ ภาคผนวกที่ ๕ ให้ผู้ปกครองทราบ ทั้งนี้ ให้สำนักงานเขตรวบรวมแบบภาคผนวกที่ ๑ และ ๒ ส่งสำนักงานการศึกษา ในรูปแบบไฟล์ Excel ภายในวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เวลา ๑๒.๐๐ น. ทาง E-mail : student.edubkk@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ช.น. อ.น.

(นางชุลีพร วงษ์พิพัฒน์)
 รองผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา
 ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษา

คุณพิมพ์ฉวี นิส
 - *ดำเนินคดี*

พิมพ์ฉวี
 (นายปรานีเมธย์ สีรูป)

นักวิชาการศึกษาชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้าฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขตลาดกระบัง

ที่ กท ๕๓๐๗/๓๑๗

เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาโรงเรียนในสังกัด
 -สำเนาถูกต้องเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการ
 ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พิมพ์ฉวี

(นายปรานีเมธย์ สีรูป)
 นักวิชาการศึกษาชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้าฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขตลาดกระบัง
 ๑๘ กพ ๒๕๖๕

ภาคผนวกที่ ๒ สำหรับโรงเรียน

แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สำนักงานเขต..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	จำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีน (คน)				หมายเหตุ
			Pfizer1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี)	Sinovac1+Sinovac2 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	Sinovac1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	ไม่ประสงค์รับ วัคซีน	
1	อ.1						
2	อ.2						
3	ป.1						
4	ป.2						
5	ป.3						
6	ป.4						
7	ป.5						
8	ป.6						
	รวม						

แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสำนักงานเขต

สำนักงานเขต

ลำดับที่	ชื่อโรงเรียน	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	จำนวนนักเรียนที่ประสงค์รับวัคซีน (คน)			
			Pfizer1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี)	Sinovac1+Sinovac2 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	Sinovac1+Pfizer2 (สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี)	ไม่ประสงค์รับวัคซีน
		รวม				

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อกันจากการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย ประมาณ 2 - 14 วัน อาการของโรคมั้ตั้งแต่ ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่รับรส และอาจจะรุนแรงจนเกิดอาการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

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

ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เบื้องต้นเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่ร่วมกัน ดังนั้น การฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 11 ปี จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอที่จะป้องกันโควิด 19

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

วัคซีนโควิด 19 ที่สามารถฉีดได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 - 11 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขให้บริการ คือ วัคซีนไฟเซอร์ (ไฟเซอร์-BioNTech) ผลิตรจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5 - 11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งใช้ที่กำหนด (ฝาสิ่้ส้มสูตรสำหรับเด็ก) และวัคซีนซิโนแวค เป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

กลุ่มเป้าหมาย ชนิดวัคซีน ขนาดวัคซีน และระยะห่างระหว่างเข็ม ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	ชนิดวัคซีน*	ขนาดวัคซีน	ระยะห่างระหว่างเข็ม
อายุ 5-6 ปี	Pfizer 2 เข็ม	ฝาสิ่้ส้ม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	8 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
อายุ 6-11 ปี	Pfizer 2 เข็ม	ฝาสิ่้ส้ม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	8 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
	Sinovac 2 เข็ม**	0.5 ml/โดส	4 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)
	สูตรไขว้ Sinovac-Pfizer***	เข็มที่ 1 Sinovac 0.5 ml/โดส เข็มที่ 2 Pfizer ฝาสิ่้ส้ม (10 ไมโครกรัม/0.2 ml)	4 สัปดาห์ (ระหว่างเข็มที่ 1 และ 2)

หมายเหตุ

* สูตรการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก ให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้ปกครอง ภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำจากกุมารแพทย์

** ผู้ที่ได้รับวัคซีน Sinovac 2 เข็ม (หรือวัคซีนทางเลือก Sinopharm) ทั้งนี้ แนะนำควรเข้ารับการกระตุ้นด้วยวัคซีน Pfizer 1 เข็ม (Pfizer ฝาสิ่้ส้ม 10 ไมโครกรัม/0.2 ml) โดยมีระยะห่างอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป หลังเข็มที่ 2

*** อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมที่คำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 สำหรับเด็ก และวัยรุ่น (ฉบับที่ 5) ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 10 กุมภาพันธ์ 2565 (<https://www.thaipediatics.org/pages/People/Detail/48/401>)

อาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีน ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปได้เองใน 1 - 2 วัน โดยอาจพบอาการ เช่น ไข้
หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีด
อย่างน้อย 30 นาที ในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

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

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนโควิด 19

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

ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์ เป็น.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ของนักเรียน (ถ้ามี)

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

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณี ชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา..... ชั้น/..... ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ ชักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่
อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า 1) ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ 2 เข็ม (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) ห่างกัน 8 สัปดาห์ โดยสมัครใจ
ซึ่งให้บริการฉีดที่โรงเรียน

วัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 1 วัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 2

2) ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนซิโนแวค-ไฟเซอร์ ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยสมัครใจ ซึ่งให้บริการฉีด
ที่โรงเรียน หรือสถานพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่กำหนด

วัคซีนซิโนแวค เข็มที่ 1 วัคซีนไฟเซอร์ เข็มที่ 2

3) ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนซิโนแวค 2 เข็ม ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยสมัครใจ ซึ่งให้บริการฉีด
ที่โรงเรียน หรือสถานพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่กำหนด

วัคซีนซิโนแวค เข็มที่ 1 วัคซีนซิโนแวค เข็มที่ 2

4) ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19

สาเหตุ (ถ้ามี).....

และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	เด็กมีอายุ 5 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป <input type="checkbox"/> วัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) มีอายุ 5 ถึง ไม่เกิน 12 ปี <input type="checkbox"/> วัคซีนซิโนแวค อายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2	เด็กเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3	เด็กได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน (หากมีข้อสงสัย ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4	เด็กมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการ กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5	เด็กมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6	เด็กกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7	เด็กได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8	เด็กมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลาย ความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

หมายเหตุ: 1) นักเรียนในสถานศึกษาที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19 สามารถรับวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีม่วงสูตรสำหรับผู้ใหญ่) ได้ที่สถานพยาบาล
2) นักเรียนหญิงที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ไม่สามารถเข้ารับวัคซีนได้

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

เอกสารแนบหนังสือสำนักการศึกษา ต่วนที่สุด ที่ กท ๐๘๐๘/๑๐๗๙ ลงวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
เรื่อง สํารวจความต้องการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กนักเรียนระดับชั้นอนุบาลศึกษา และประถมศึกษา
ที่มีอายุตั้งแต่ ๕ - ๑๑ ปี (ใหม่)

