



# การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วย วัคซีน ในนักเรียน ป.1, ป.5 และ ป.6



## เรียน ผู้ปกครองนักเรียน

ด้วยสำนักอนามัยโดยศูนย์บริการสาธารณสุข จะดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้เด็กนักเรียน โดยการฉีดวัคซีนจำเป็นพื้นฐานให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อป้องกันการติดโรคติดต่อสำคัญที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนให้แก่บุตรหลานของท่าน ตามตารางนี้

### กลุ่มนักเรียน

นักเรียนชั้น ป.1 (อายุ 7 ปี)  
ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์

นักเรียนหญิงชั้น ป.5 (อายุ 11 ปี)

นักเรียนชั้น ป.6 (อายุ 12 ปี)

### วัคซีนที่ให้

วัคซีนวัณโรค (BCG)  
วัคซีนตับอักเสบบี (HB)  
วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก (dT)  
วัคซีนโปลิโอชนิดกิน (OPV)  
วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV)  
วัคซีนรวมหัด หัดเยอรมัน (MR)  
วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี (LAJE)

วัคซีนเอชพีวี (HPV) จำนวน 2 เข็ม ห่างกัน 6 เดือน

วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก (dT) จำนวน 1 ครั้ง ทุกวัย

จึงขอความร่วมมือผู้ปกครอง ดังนี้

- นำสมุดบันทึกสุขภาพ (ประวัติการรับวัคซีน) หรือสำเนาหน้าประวัติการรับวัคซีน ส่งให้อาจารย์/ครูประจำชั้น
- ศูนย์บริการสาธารณสุขจะนำมาตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนให้แก่บุตรหลานของท่าน หากได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข จะดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนให้ฟรี
- ขอความกรุณาผู้ปกครองลงชื่ออนุญาตให้บุตรหลานของท่านรับการฉีดวัคซีนให้ครบตามเกณฑ์ เพื่อจะได้ปลอดภัยจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ด้วยความห่วงใย

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

### ข้อควรปฏิบัติหลังฉีดวัคซีน

- ถ้ามีไข้ ตัวร้อน ให้เช็ดตัวเพื่อลดไข้ ถ้าไข้ไม่ลดให้รับประทานยาพาราเซตามอล ทุก 6 ชั่วโมง
- กรณีมีอาการบวมแดงบริเวณที่ฉีด ให้ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบ ถ้าเป็นไตแข็ง ให้ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบ
- อาการไม่ดีขึ้น ให้รีบไปพบแพทย์

### ใบขออนุญาตผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับการฉีดวัคซีน

ข้าพเจ้าชื่อ..... นามสกุล..... เบอร์ติดต่อ.....

ผู้ปกครองของเด็กชาย/เด็กหญิง..... โรงเรียน..... ชั้น.....

อนุญาต ให้ฉีดวัคซีน

ไม่อนุญาต ให้ฉีดวัคซีน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

