

ที่ ศธ ๐๔๑๑๘/๒๗๑๘



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยโสธร เขต ๒
อำเภอภูคดชุม จังหวัดชัยโสธร ๓๕๑๔๐

๗ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การยืนยันตัวตนของนักเรียนที่ประสงค์เข้ารับการฉีดวัคซีน Pfizer

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มการยืนยันกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีนนักเรียน
๒. แนวทางฉีด Pfizer ให้กับนักเรียน
๓. QR Code App หมอพร้อม

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จัดทำรายละเอียดตามแบบฟอร์มการยืนยันกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีนนักเรียน เพื่อนำเข้าระบบการลงทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยืนยันตัวตนของนักเรียนที่ประสงค์เข้ารับการฉีดวัคซีน Pfizer

ในการนี้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยโสธร เขต ๒ จึงขอให้โรงเรียนในสังกัดที่มีนักเรียนกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ ๑๒ ปีบริบูรณ์ (นับถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๔) จนถึงอายุ ๑๗ ปีบริบูรณ์ และมีความประสงค์เข้ารับการฉีดวัคซีน Pfizer ได้จัดทำรายละเอียดตามแบบฟอร์มสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยให้กรอกข้อมูลในช่องดังต่อไปนี้

- ๑) อำเภอ ๒) ตำบล ๓) หมู่ที่ ๔) คำนำหน้าชื่อ
๕) ชื่อ ๖) นามสกุล ๗) เพศ ๘) วันเกิด
๙) เลขประจำตัวประชาชน(๑๐) เบอร์โทรศัพท์มือถือ

อนึ่ง หากโรงเรียนได้รับการประสานให้เข้ารับการฉีดให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. ในวันที่เข้ารับการฉีดวัคซีน นักเรียนต้องมีใบยินยอมการรับวัคซีนของผู้ปกครอง และใบยินยอมรับวัคซีนของนักเรียน พร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของนักเรียน เพื่อยืนยันตัวตนและความยินยอมในการรับวัคซีน พร้อมนี้จะมีการซักประวัติก่อนการรับวัคซีน โดยเอกสารทั้งหมดจะยื่น ณ วันรับบริการ

๒. นักเรียนทุกคนต้องติดตั้ง App หมอพร้อม เพื่อเป็นการติดตามอาการจากการรับวัคซีน โดยประเมินอาการ ๑ วัน , ๗ วัน, ๑๔ วัน และ ๓๐ วัน ซึ่งอาการข้างเคียง ปวดศรี ปวดเมื่อยตามร่างกาย หากมีอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ให้รีบพบแพทย์โดยทันที สำหรับรายละเอียดตามแบบฟอร์มให้จัดส่งภายในวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ และรายละเอียดการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้ารับการฉีดวัคซีนสามารถศึกษาได้จากแนวทางการฉีดวัคซีนที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายบวร เทศารินทร์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยโสธร เขต ๒

กลุ่มอำนวยการ

โทร. ๐-๔๕๗๘-๔๔๗๗

โทรสาร. ๐-๔๕๗๘-๔๔๗๗