



คณะที่ 4 การให้บริการวัคซีน COVID-19 และกำกับติดตามผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร





การบริหารวัคซีนโควิด-19ในประเทศไทย





วัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย

รอบที่ 1 วัคซีน Sinovac จากประเทศจีน (วัคซีนเชื้อตาย) ที่รัฐบาลจัดซื้อเร่งด่วน จำนวน 2 ล้านโดส ฉีดให้กับจังหวัดควบคุมเข้มข้นและจังหวัดท่องเที่ยว รวม 18 จังหวัด

รอบที่ 2 วัคซีน AstraZeneca จากประเทศอังกฤษ (วัคซีนเชื้อเป็น) จำนวน 26 ล้านโดส ฉีดให้กับ จนท. อสม. ข้าราชการอื่นๆ ในกลุ่มจังหวัดที่เหลือ

รอบที่ 3 วัคซีนผลิตในประเทศไทย ด้วยมาตรฐานเดียวกับ AstraZeneca จำนวน 35 ล้านโดส ฉีดให้กับ ปชช.ทั่วไป ทั้งประเทศ



ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนโควิด-19

- 1. ป้องกันการป่วย
- 2. เป็นวิธีสร้างภูมิคุ้มกันที่ปลอดภัยกว่าการติดเชื้อจริง (เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คาดเดาไม่ได้)
- 3. หยุดการระบาด

หมายเหตุ ฉีดทั้งหมด 2 โดส ห่างกัน 8 สัปดาห์





ผล/อาการข้างเคียง

ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนตรงบริเวณที่ฉีด เช่น ปวด บวม แดง ส่วนอาการในส่วนอื่นจะคล้ายกับอาการของไข้หวัด เช่น หนาวสั่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ แต่จะดีขึ้นภายในไม่กี่วัน เพราะเป็นสัญญาณการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ส่วนความกังวลว่าการฉีดวัคซีนจะทำให้ติดเชื้อได้หรือไม่ CDC อธิบายว่าวัคซีนไม่ได้ทำจากไวรัสที่มีชีวิต ดังนั้นจึงไม่สามารถติดเชื้อได้





การเก็บรักษาและการทำลาย

เก็บรักษาที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส (ชั้นบนสุดของตู้เย็น) และเนื่องจากเป็น Multiple dose เมื่อเปิดแล้วควรฉีดให้หมดภายใน 6 ชม. จากนั้นเก็บไว้ในตู้เย็น 7 วันก่อนนำส่งทำลายเช่นเดียวกับวัคซีนชนิดอื่น (ระบุวันที่และลำดับหมายเลขการฉีดข้างขวด เพื่อการเก็บตัวอย่างส่งตรวจกรณีแพ้วัคซีน)





กลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีนโควิด-19

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า
2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโควิด-19 เช่น อสม. ทหาร ตำรวจ
3. บุคคลที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรังระยะ 5 ขึ้นไป โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมะเร็งทุกชนิด และโรคเบาหวาน (อายุ 18-60ปี)
4. ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป



แผนดำเนินการกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีนโควิด-19

ประเภทสถานบริการ	เป้าหมาย/วัน
โรงพยาบาลทั่วไป	500-600 คน
โรงพยาบาลชุมชน	300 คนขึ้นไป



แผนทดสอบการให้บริการวัคซีนโควิด-19

วันที่เริ่มทดสอบระบบ	สถานบริการ	Node สนับสนุน
1 มิถุนายน 2564	รพ.พิจิตร	รพร.ตะพานหิน / รพช.บางมูลนาก
2 มิถุนายน 2564	รพร.ตะพานหิน / รพช.บางมูลนาก	รพ.พิจิตร
3 มิถุนายน 2564	รพช.วังทรายพูน / รพช.สากเหล็ก /รพช.โพธิ์ประทับช้าง รพช.ดงเจริญ รพช. ทับคล้อ	รพ.พิจิตร รพช.บางมูลนาก รพร.ตะพานหิน
4 มิถุนายน 2564	รพช.โพทะเล / รพช.บึงนาราง รพช.สามง่าม / รพช.วชิรบารมี	รพช.บางมูลนาก รพ.พิจิตร



ตัวอย่างแผนการให้บริการวัคซีนโควิด-19 โรงพยาบาล.....

* ระยะเวลาดำเนินการ 1 มิถุนายน 2564 – 30 ธันวาคม 2564

ลำดับ	ประเภท กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย ที่มารับบริการ	จำนวนวันที่ ให้บริการต่อ สัปดาห์	เดือนที่สิ้นสุด การให้บริการ วัคซีนเข็ม1	เดือนที่สิ้นสุด การให้บริการ วัคซีนเข็ม2
1	จนท.สาธารณสุข				
2	อสม.				
3	ข้าราชการอื่นๆ				
	รวม				



การเตรียมสถานพยาบาล

- 1. เตรียมสถานที่ฉีดวัคซีน
 - บุคลากร
 - อุปกรณ์สำหรับฉีดวัคซีน
 - อุปกรณ์ช่วยชีวิตและระบบ Refer
- 2. เตรียมระบบลูกโซ่ความเย็น
- 3. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่
- 4. สำรวจกลุ่มเป้าหมาย/ลงทะเบียนผ่าน Ap.Line OA พร้อมด้วย QR Code (กรณีไม่มี Smart Phone ใช้แบบบันทึกแทน)





ขั้นตอนการรับบริการฉีดวัคซีน



8 ขั้นตอนเมื่อเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ที่โรงพยาบาล

ใช้เวลา 5-7 นาที รออาการ 30 นาที



Line OA หมอพร้อม

- ติดตามวัคซีนหลังฉีด 1 วัน, 7 วัน, 30 วัน
- แจ้งนัดหมายฉีดครั้งที่ 2
- รับผิดชอบต่อขั้นตอนการฉีดวัคซีน



ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19

หน่วยบริการ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ ผู้รับบริการ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

เกี่ยวข้องกับ _____ ของผู้รับบริการชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าความจริง

- 1. คุณมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ใช่ ไม่ใช่
- 2. คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ โภชนบุตร หรือ วางแผนที่จะตั้งครรภ์ ใช่ ไม่ใช่
- 3. คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน หรือ แพ้ยา หรือส่วนประกอบของวัคซีน ยกเว้นแอส ใช่ ไม่ใช่
- 4. คุณเคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ออโตคัมมูลจากเลือด ส่วนประกอบของเลือด ฮีโมโกลบิน อินทรีย สารต้านไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด 19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่
- 5. คุณมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ บอกรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน ใช่ ไม่ใช่
- 6. คุณมีโรคประจำตัวซึ่งไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจเต้น เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 7. คุณมีการแพ้ต่อยาชนิดใดก็ได้ หรือ ได้รับความเสียหายจากร่างกาย ใช่ ไม่ใช่
- 8. คุณมีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ ใช่ ไม่ใช่
- 9. คุณกำลังมีอาการป่วย เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก สอนแพ้กลูตาเมต หรือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ใช่ ไม่ใช่
- 10. คุณได้ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา ใช่ ไม่ใช่

วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ วัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรง หรือ ไม่มีอาการไม่ได้ ทั้งนี้จากฉีดวัคซีนโควิด 19 ครั้งที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง งดทานอาหารเข้าปิ้งย่างในที่ เป็นต้น

วัคซีนโควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน คัดจมูกและขนจมูกที่ผิดปกติ บวม หากมีอาการแพ้รุนแรงโปรดรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ ไปตรวจพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับทราบว่าข้อมูลนี้เป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____
 (.....) ผู้ให้บริการ (.....) ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
 ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____
 (.....) พยาน (ถ้ามี) (.....) พยาน (ถ้ามี)

ใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19



ติดตามผลหลังให้วัคซีน

- ติดตามผลการให้วัคซีนรายสถานบริการ
- จนท.ติดตามอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีด Day 0 – 1 – 7 – 30 ผ่าน Application Line OA หมอพร้อม กรณีไม่มี Smart Phone ใช้แบบบันทึกการติดตามแทน
- ผู้รับบริการรายงานอาการหลังได้รับวัคซีนทุกวันผ่าน ApplicationLine OA หมอพร้อม
- มีระบบแจ้งเตือนให้มารับบริการเข็มที่ 2 ผ่านApplication Line OA หมอพร้อม กรณีไม่มี Smart Phone ใช้ใบนัดแทน



ระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีน

ระดับ	อาการแสดง	รายการ
อาการไม่รุนแรง	ไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน <5 ครั้ง ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีด อาการอื่นๆ เช่น ท้องเสีย ผื่นแดงเล็กน้อย	- สอบสวนโรคแบบ AEFI 1 - ติดตามอาการ Day 0-1-7-30 ผ่าน Line OA หมอพร้อม
อาการรุนแรง	ไข้สูง ปวดศีรษะรุนแรง ผื่นทั้งตัว มีจุดเลือดออก อาเจียน >5 ครั้ง เหงื่อเย็น หน้าอกหายใจไม่ออก ชัก หหมดสติ ปากเปื่อยหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออาการป่วยรุนแรงอื่นๆ	- สอบสวนโรคแบบ AEFI 2 - นำส่งโรงพยาบาล - รายงาน คกก. ระดับจังหวัด - Swab/ นำวัคซีนส่งตรวจ - ติดตามอาการ Day 0-1-7-30 ผ่าน Line OA หมอพร้อม



Thanks for attention

