

แบบฟอร์มแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (สำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อคัดกรองผู้มารับบริการก่อนให้วัคซีน และโปรดเก็บไว้เป็นหลักฐานที่หน่วยบริการ)

ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีน HPV

มะเร็งปากมดลูกพบในหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ (15 - 45 ปี) พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม จากข้อมูลปี 2560 พบว่า หญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 8,184 คนต่อปี และมีอัตราเสียชีวิตเกิน 50% โดยการฉีดวัคซีน HPV ตั้งแต่เด็ก จะช่วยลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็งปากมดลูก ควรฉีดตั้งแต่วัยไม่เคยมีเพศสัมพันธ์และร่างกายอยู่ในวัยที่สร้างภูมิคุ้มกันได้ดี

วัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบการติดเชื้อมาก่อนประมาณร้อยละ 90 หากมีการติดเชื้อ HPV ก่อนการฉีดวัคซีนจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันลดลง ภายหลังการฉีดวัคซีนอาจพบปฏิกิริยา ได้แก่ อาการปวดบวมบริเวณที่ฉีด ผื่นแดงคันบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดศีรษะ ในกรณีที่ฉีดในวัยรุ่นเป็นกลุ่มใหญ่ อาจมีความกังวลเรื่องการฉีด หรือกลัวการฉีดวัคซีน จนบางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลมหลังได้รับวัคซีน ทั้งหมดมีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติในเวลาไม่นาน และไม่เป็นอันตราย ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน HPV ครบถ้วนตามกำหนด ยังคงมีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อถึงอายุที่เหมาะสม และเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน เพราะวัคซีนยังไม่ครอบคลุมทุกสายพันธุ์โดยอาจสามารถก่อโรคได้อยู่

การเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน HPV ให้ปฏิบัติตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับประทานยาประจำได้ตามปกติ หากมีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือไม่แน่ใจ ให้ปรึกษาแพทย์

ข้อมูลแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีน HPV

ชื่อผู้มารับบริการ.....
นามสกุล.....
อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขประจำตัว 13 หลัก.....
ที่อยู่.....
หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์.....
ชื่อสถานศึกษา.....
ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ประวัติการได้รับวัคซีน HPV

- ไม่เคยได้รับวัคซีน
- เคยได้รับวัคซีน
- ได้รับเข็มที่ 1 เมื่อวันที่.....
- ได้รับเข็มที่ 2 เมื่อวันที่.....



QR Code ตรวจสอบประวัติรับวัคซีน HPV
<https://hpv.ddc.moph.go.th/>

ท่านได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน HPV
และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ฉีดวัคซีน HPV โดยสมัครใจ ไม่ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน