



ที่ อสข(ว) 070/2562

โรงเรียนอัสสัมชัญศรีราชา
29 หมู่ 10 ตำบลสุรศักดิ์
อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110

23 พฤษภาคม 2562

เรื่อง โครงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียน
เรียน ผู้ปกครองนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 – มัธยมศึกษาปีที่ 6
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบตอบรับและเอกสารความรู้การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์

ด้วยโรงเรียนอัสสัมชัญศรีราชาร่วมกับโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา ได้จัดโครงการเพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ที่มีมีการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์อยู่ตลอดทุกปี ในระหว่างวันที่ 13 มิถุนายน 2562 (สำหรับนักเรียนประถมศึกษา IEP และ SEP) , 14 มิถุนายน 2562 (สำหรับนักเรียน MLP) และ 20 มิถุนายน 2562 (สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา) โดยการรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์เป็นประจำทุกปี เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคดังกล่าว ซึ่งในการดำเนินงานครั้งนี้ทางโรงพยาบาลจะมีทีมแพทย์และพยาบาล พร้อมรถพยาบาลฉุกเฉินเข้ามาให้บริการที่โรงเรียนในขณะดำเนินการ

หากผู้ปกครองท่านใดมีความประสงค์ให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการดังกล่าว สามารถเลือกเข้าร่วมโครงการได้ ดังนี้ คือ

- **ช่องทางที่ 1** : ชำระเงินผ่าน**ธนาคารกรุงไทย หมายเลขบัญชี 208 - 1 - 44110 - 1** แล้วจึงสแกนเข้าคิวอาร์โค้ดที่อยู่ในจดหมายนี้เพื่อเข้าไปกรอกข้อมูลของนักเรียนในระบบให้ครบสมบูรณ์(ไม่ต้องส่งใบตอบรับด้านล่างคืนครูประจำชั้น) **ภายในวันศุกร์ที่ 31 พ.ค. 62** นี้ โดยเมื่อดำเนินการครบตามขั้นตอนแล้ว ให้ถือเสมือนว่าเป็นการสมัครเข้าร่วมโครงการแทนการลงชื่อของผู้ปกครอง
- **ช่องทางที่ 2** : ชำระเงินและส่งใบตอบรับผ่านครูประจำชั้น โดยการกรอกข้อมูลในใบตอบรับด้านล่างพร้อมแนบเงินจำนวน 550 บาท **ภายในวันอังคารที่ 4 มิ.ย. 62** นี้ เพื่องานอนามัยโรงเรียน ฝ่ายบริหารทั่วไป จะได้ดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดีมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ภราดา ดร.วิริยธร บุญพราหมณ์)
ผู้อำนวยการโรงเรียนอัสสัมชัญศรีราชา



สำหรับช่องทางที่ 1 กรุณาชำระเงินก่อนเข้าสแกน

✂

ใบตอบรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (กรณีเลือกช่องทางที่ 2 : สมัครผ่านครูประจำชั้น) ตามหนังสือที่ อสข(ว) 070/2562

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย ความสัมพันธ์กับนักเรียน เป็น
ของนักเรียน ชื่อ - นามสกุล ชั้น / เลขประจำตัว เลขที่
ประเภท ไป-กลับ ประจำตึก/หอ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ได้รับทราบรายละเอียด และข้อกำหนดในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามเอกสารด้านหลังแล้ว

- อนุญาตให้นักเรียนฉีดวัคซีน พร้อมชำระเงิน 550 บาท
- ไม่อนุญาต

แบบคัดกรองการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียน(กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีอนุญาต)

1. เคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อน หรือไม่ ไม่เคย เคย (ระบุ) : ฉีดครั้งสุดท้ายเมื่อ /..... /..... : จำนวน 1 เข็ม 2 เข็ม
: มีผลข้างเคียง/อาการแพ้ หรือไม่ ไม่มี มี (ระบุอาการ)
2. มีประวัติแพ้ไข่ไก่ หรือโปรตีนเนื้อไก่ หรือไม่ ไม่มี มี (ระบุอาการ)
3. มีประวัติโรคประจำตัว/การแพ้ยา หรือไม่ ไม่มี มี (ระบุชื่อโรค/ชื่อยา)
4. มีประวัติการแพ้ยานีโอไมยจีน/อาหาร/สารฟอรัมาลดีไฮด์/วัคซีน หรือไม่ ไม่เคย เคย (ระบุชื่อและอาการ)
5. มีประวัติเป็นโรคเลือดออกแล้วหยุดยาก หรือเคยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ หรือไม่ ไม่มี มี (ระบุอาการ)
6. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีอาการเจ็บป่วย หรือไม่ ไม่มี มี (ระบุชื่อโรค/อาการ)

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
..... /..... / 2562

หมายเหตุ : - ถ้านักเรียนมีอาการเจ็บป่วยภายในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนวันกำหนดฉีดวัคซีนฯ(มีความจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนฉีด)

กรุณาโทรแจ้งข้อมูลที: คุณอภิรัตน์ มือถือ 084-6439252 หรือ คุณปรารงค์ชนก มือถือ 081-6924321

- กรุณาส่งใบตอบรับคืนครูประจำชั้น **ภายในวันอังคารที่ 4 มิถุนายน 2562**