

แบบสอบถามเพื่อคัดกรองก่อนการให้วัคซีน [] (เด็กอ่อน/เด็กระดับประถมศึกษา)

		อุณหภูมิร่างกายก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์		องศา
ที่อยู่				
ชื่อเด็ก	ชายหรือหญิง	วันเดือนปีเกิด	เกิดเมื่อ	/ / (วันที่/เดือน/ปี) อายุ (ปี เดือน)
ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง				

หัวข้อคำถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
คุณเคยอ่านเอกสาร (ที่สำนักงานเทศบาลได้ส่งมาให้แล้ว) ซึ่งอธิบายถึงการให้วัคซีนในวันนี้นั้นมาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับเด็กตั้งต่อไปนี้			
น้ำหนักแรกเกิด () กรัม	มี	ไม่มี	
ในตอนที่คลอด เด็กมีอาการผิดปกติอะไรหรือไม่?	มี	ไม่มี	
หลังจากคลอด เด็กมีอาการผิดปกติอะไรหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ได้พบอาการผิดปกติเมื่อตรวจร่างกายของทารกหรือไม่?	ใช่	ไม่ใช่	
ในวันนี้ เด็กมีอาการป่วยหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ถ้ามี โปรดอธิบายรายละเอียดของอาการป่วยด้วย ()			
ในเดือนก่อน เด็กเคยป่วยไหม?	เคย	ไม่เคย	
ชื่อโรค ()			
สมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนคนใดเป็นโรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคอีสุกอีใส หรือโรคคางทูมในเดือนก่อนไหม?	เป็น	ไม่เป็น	
ชื่อโรค ()			
เด็กเคยอยู่ใกล้ชิดคนที่เป็นโรควันโรคใหม่ (รวมทั้งสมาชิกครอบครัว)?	เคย	ไม่เคย	
เด็กได้รับวัคซีนมาในเดือนก่อนไหม?	ได้รับ	ไม่ได้รับ	
ชื่อวัคซีน ()			
เด็กมีความผิดปกติแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์ไหม?	มี	ไม่มี	
ชื่อโรค ()			
หากมี แพทย์ผู้รักษานุญาตให้รับวัคซีนในวันนี้ไหม?	อนุญาต	ไม่อนุญาต	
เด็กเคยมีอาการชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนไหม?	เคย	ไม่เคย	
ถ้ามี เกิดขึ้นเมื่ออายุเท่าไร? ()			
ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในตอนนั้น เด็กมีไข้ไหม?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้ยาหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดไหม?	มี	ไม่มี	
เด็กมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดไหม?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ชื่อวัคซีน ()			
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของเด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยรับการถ่ายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือได้รับยาที่เรียกว่า แกมมากลูโบลินมาในระยะ 6 เดือนก่อนหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
คุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีนในวันนี้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
<p>ชื่อความเห็นของแพทย์</p> <p>จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า เด็ก (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้</p> <p>ข้าพเจ้าได้อธิบายพ่อแม่/ผู้ปกครองของเด็กถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน และบริการสนับสนุนต่อผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากการรับวัคซีน</p> <p>ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:</p>			

ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน เด็กได้รับการสัมภาษณ์จากแพทย์ และข้าพเจ้าได้รับข้อมูล ประโยชน์ วัตถุประสงค์ และความเสี่ยง (รวมทั้งอาการข้างเคียงที่รุนแรง) เกี่ยวกับวัคซีนจากแพทย์แล้ว รวมทั้งบริการที่จะได้รับเมื่อเกิดอาการข้างเคียงขึ้นมา ข้าพเจ้าเชื่อว่า ข้าพเจ้าเข้าใจข้อมูลเหล่านี้ ข้าพเจ้า (ยินยอม/ ไม่ยินยอม) ให้เด็กรับวัคซีน * โปรดวงกลมที่ข้อความใดข้อความหนึ่งในวงเล็บตามที่คุณเลือก

ข้าพเจ้าเข้าใจเนื้อหาข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล

ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง:

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน	* (ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง)	สถานพยาบาล: ชื่อแพทย์: วันที่ให้วัคซีน: / / (วันที่/เดือน/ปี)
หมายเลขชุด	** (ให้ทางปาก)	
[ข้อความว่าง] ให้ตรวจดูว่าวัคซีนยังไม่หมดอายุ	มล.	

หมายเหตุ: แกมมากลูโบลิน เป็นผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ใช้ฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่นโรคตับอักเสบบี และใช้รักษาอาการติดเชื้ออย่างรุนแรง วัคซีนบางชนิด (เช่น วัคซีนโรคหัด) อาจได้ผลน้อยในคนที่ได้รับผลิตภัณฑ์นี้มาแล้วในระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือนก่อน

* ถ้าเป็นการให้วัคซีนโรควันโรค ให้เขียนรายละเอียด เช่น "ให้วัคซีนทางสายด้วยอุปกรณ์ วัคซีนโรควันโรคที่ใช้เข็มฉีดหลายเข็มตามปริมาณที่ระบุ"

** ถ้าเป็นวัคซีนโรคโปลิโอ อาจเขียนว่า "ให้วัคซีนทางปาก ในอัตราที่ระบุคือ 0.05 มล."

แบบสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองก่อนการให้วัคซีนโรคหัดและโรคหัดเยอรมัน
(ระยะที่ 3 และ 4: สำหรับคนไข้ที่มีพ่อแม่/ผู้ปกครองมาด้วย และคนไข้ที่แต่งงานแล้ว)

		อุณหภูมิร่างกายก่อนที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์		องศา
ที่อยู่				
ชื่อคนไข้	ชายหรือหญิง	วันเกิด นับปีเกิด	เกิดเมื่อ / / (วันที่/เดือน/ปี) อายุ (ปี เดือน)	
ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง				

หัวข้อคำถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
คุณเคยอ่านเอกสาร (ที่สำนักงานเทศบาลได้ส่งมาให้แล้ว) ซึ่งอธิบายถึงการให้วัคซีนในวันนี้อีกหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับคนไข้ที่จะได้รับวัคซีนดังต่อไปนี้ คนไข้เคยมีน้ำหนักร้อยเอ็ดเมื่อแรกเกิด หรือมีความผิดปกติเมื่อเกิด หลังจากเกิด หรือเมื่อตรวจสุขภาพทารกหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ในวันนี้ คนไข้มีอาการป่วยหรือไม่? ถ้ามี โปรดอธิบายโดยละเอียด ()	มี	ไม่มี	
ในเดือนก่อน คนไข้เคยป่วยไหม? ชื่อโรค ()	เคย	ไม่เคย	
สมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนฝูงของคนไข้เป็นโรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคอีสุกอีใส หรือโรคคางทูมในเดือนก่อนไหม? ชื่อโรค ()	เป็น	ไม่เป็น	
คนไข้ได้รับวัคซีนมาในเดือนก่อนไหม? ชื่อวัคซีน ()	ได้รับ	ไม่ได้รับ	
คนไข้มีความผิดปกติแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์ไหม? ชื่อโรค ()	มี	ไม่มี	
หากมี แพทย์ผู้รักษานุญาตให้รับวัคซีนในวันนี้อีกไหม?	อนุญาต	ไม่อนุญาต	
คนไข้เคยมีอาการชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนไหม? ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่ออายุเท่าไร? ()	เคย	ไม่เคย	
ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในตอนนั้น คนไข้มีไข้ไหม?	มี	ไม่มี	
คนไข้เคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้อาหารหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดไหม?	เคย	ไม่เคย	
คนไข้มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดไหม?	มี	ไม่มี	
คนไข้เคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่? ชื่อวัคซีน ()	เคย	ไม่เคย	
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของคนไข้เคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
คนไข้เคยรับการถ่ายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือได้รับยาที่เรียกว่า แกมมาโกลบูลินมาในระยะ 6 เดือนก่อนหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ถ้าจะให้วัคซีนต่อผู้หญิง: เธอมีโอกาสดังครรภ์ใหม่ (เช่น ประจำเดือนมาช้า หรือประจำเดือนไม่มา)? [ข้อควรระวัง] ผู้หญิงที่จะรับวัคซีนต้องไม่ตั้งครรภ์ภายในระยะเวลา 2 เดือนหลังจากรับวัคซีน	มี	ไม่มี	
คุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีนในวันนี้หรือไม่?	มี	ไม่มี	
<p>ช่องความเห็นของแพทย์</p> <p>จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า คนไข้ (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้ ข้าพเจ้าได้อธิบายพ่อแม่/ผู้ปกครองของคนไข้ (หรือตัวคนไข้เอง) (ถ้าแต่งงานแล้ว) ถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน และบริการต่อผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากการรับวัคซีน</p> <p>ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:</p>			ถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน

ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน คนไข้ได้รับการสัมภาษณ์จากแพทย์ และข้าพเจ้าได้รับข้อมูล ประโยชน์ วัตถุประสงค์ และความเสี่ยง (รวมทั้งอาการข้างเคียงที่รุนแรง) เกี่ยวกับวัคซีนจากแพทย์แล้ว รวมทั้งบริการที่จะได้รับเมื่อเกิดอาการข้างเคียงขึ้นมา ข้าพเจ้าเชื่อว่า ข้าพเจ้าเข้าใจข้อมูลเหล่านี้
ข้าพเจ้า (ยินยอม / ไม่ยินยอม) ให้คนไข้ได้รับวัคซีน * โปรดวงกลมที่ข้อความใดข้อความหนึ่งในวงเล็บตามที่คุณเลือก
ข้าพเจ้าเข้าใจเนื้อหาข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล

ลายมือชื่อของพ่อแม่/ผู้ปกครอง (หรือคนไข้เอง ถ้าแต่งงานแล้ว):

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน หมายเลขชุด [ข้อควรระวัง] ให้ตรวจดูว่า วัคซีนยังไม่หมดอายุ	มล.	สถานพยาบาล: ชื่อแพทย์: วันที่ให้วัคซีน: / / (วันที่/เดือน/ปี)

หมายเหตุ:แบบถามกลูโบบลิน เป็นผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ใช้ฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่นโรคตับอักเสบริตเอ และใช้รักษาอาการติดเชื้ออย่างรุนแรง วัคซีนบางชนิด (เช่น วัคซีนโรคหัด) อาจให้ผลน้อยในคนที่ได้รับผลิตภัณฑ์นี้มาแล้วในระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือนก่อน

* ถ้าคนไข้แต่งงานแล้ว ก็ไม่ต้องตอบคำถามข้อนี้

แบบสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองก่อนการให้วัคซีนโรคหัดและโรคหัดเยอรมัน
(ระยะที่ 3 และ 4: สำหรับคนไข้ที่มีพ่อแม่/ผู้ปกครองไม่ได้มาด้วย)

คำอธิบายก่อนให้วัคซีนโรคหัดและโรคหัดเยอรมัน

○ สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง: โปรดอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด

* สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครองของเด็กที่จะรับวัคซีน และเด็กอยู่ในวัยที่เรียนชั้นมัธยมปีที่ 1 หรือชั้นมัธยมปีที่ 6

ตามปกติแล้ว พ่อแม่/ผู้ปกครองมีหน้าที่ติดตามเด็กไปรับวัคซีน; อย่างไรก็ตาม ถ้าให้วัคซีนโรคหัดหรือโรคหัดเยอรมันแก่เด็กในชั้นมัธยมปีที่ 1 หรือชั้นมัธยมปีที่ 6 ในช่วงระยะเวลา 5 ปี นับจากปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 เด็กอาจรับวัคซีนได้แม้พ่อแม่/ผู้ปกครองไม่ได้ติดตามไปด้วย เมื่อพ่อแม่/ผู้ปกครองได้อ่าน เข้าใจ และลงลายมือชื่อในเอกสารนี้ เพื่อยินยอมให้เด็กรับวัคซีนแล้ว (โปรดให้เด็กของคุณนำเอกสารฉบับนี้มายื่นในวันที่รับวัคซีน)
ก่อนลงลายมือชื่อในแบบสอบถามเพื่อคัดกรองฉบับนี้ ถ้าคุณมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีน โปรดปรึกษาแพทย์ของคุณ หรือเจ้าหน้าที่เทศบาลที่รับผิดชอบในการให้วัคซีน เพื่อให้คุณเข้าใจอย่างละเอียดถึงประโยชน์และความเสี่ยงของวัคซีนก่อนจะตัดสินใจรับวัคซีน

1 อาการของโรคหัดและโรคหัดเยอรมัน

○ โรคหัด

โรคหัดเกิดจากเชื้อไวรัสโรคหัด ที่ฟุ้งกระจายในอากาศ โดยติดจากการไอจามหรือการสัมผัส เมื่อมีใครติดเชื้อไวรัส จะไม่มีอาการในระยะเวลา 10 ถึง 12 วัน (ระยะเวลาฟักตัว) ในระยะต่อมา คนไข้จะเริ่มมีอาการ เช่น มีไข้ ไอ คัดจมูก ตาแดง และมีผื่นแดง ในระยะเวลา 3-4 วันหลังจากระยะฟักตัว คนไข้จะมีไข้ในระดับ 38°C มีอาการไอ คัดจมูก และตาแดง ในตอนแรก อาการไข้มีแนวโน้มจะลดลง แต่ไข้เพิ่มขึ้นอีกจนถึง 39°C หรือ 40°C และเกิดผื่นแดงที่คอและใบหน้า แล้วกระจายไปทั่วร่างกาย อาการไข้จะลดลงใน 3-4 วัน แล้วผื่นจะค่อยๆ หายไป ร่างกายที่เกิดผื่นอาจยังมีสีซีดอยู่ระยะหนึ่ง

คนไข้ประมาณ 30% จะมีอาการแทรกซ้อน — อาการแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดคือโรคหลอดลมอักเสบ โรคปอดบวม โรคหูชั้นกลางอักเสบ และโรคสมองอักเสบจากไวรัส จากคนไข้โรคหัด 100 คนนั้น 7 ถึง 9 คนจะมีโรคหูชั้นกลางอักเสบ และประมาณ 6 คนจะมีโรคปอดบวม จากคนไข้โรคหัด 1,000 นั้น คนไข้ 1 คนจะเกิดโรคสมองอักเสบ

ในระยะเวลาไม่เกิน 20 ปีหลังจากเป็นโรคหัด คนไข้ 1 ใน 100,000 คนจะมีโรค SSPE ซึ่งเป็นโรคสมองอักเสบชนิดรุนแรง
ในกลุ่มคนไข้โรคหัด 1,000 คนนั้น คนไข้ 1 คนจะเสียชีวิต

○ โรคหัดเยอรมัน

โรคหัดเยอรมันเกิดจากเชื้อไวรัสโรคหัดเยอรมัน ที่ติดเชื้อได้จากการไอจาม เมื่อติดเชื้อจากไวรัส คนไข้ยังไม่แสดงอาการในระยะเวลา 14 ถึง 21 วัน (ระยะฟักตัว) ต่อมา จะเกิดอาการ มีผื่นแดงน้อยกว่าโรคหัด มีไข้ และต่อมน้ำเหลืองบวม มักเกิดทางด้านหลังของคอ ในบางครั้ง อาจมีอาการไอ น้ำมูกไหล และตาแดง (หลุดเลือดฝอยบวม) เมื่อเด็กติดเชื้อหัดเยอรมัน ผื่นและอาการไข้จะหายไปในเวลาประมาณ 3 วัน จึงอาจเรียกว่า "โรคหัดสามวัน" อาการแทรกซ้อนจากโรคหัดเยอรมันคือโรคปอดบวม โรคเลือดออกง่ายชนิดไม่เจ็บปวชัณแบบ TTP (1 ใน 3,000 คน) และโรคสมองอักเสบ (1 ใน 6,000 คน) อาการในผู้ใหญ่มีรุนแรงกว่าอาการในเด็ก

เมื่อผู้หญิงติดเชื้อหัดเยอรมันในระยะแรกที่ตั้งครรภ์ เด็กมักคลอดมาพร้อมอาการโรคหัดแต่กำเนิด ที่อาจมีทั้งอาการโรคหัวใจบกพร่อง โรคตาต้อ อาการหูหนวก และเกิดความผิดปกติอื่นๆ

2 ประโยชน์และอาการข้างเคียงจากการรับวัคซีน

เด็กที่ได้รับวัคซีนไม่น้อยกว่า 95% รายจะเกิดภูมิคุ้มกัน เด็กที่มีภูมิคุ้มกันจะได้รับการป้องกันจากโรคหัดและโรคหัดเยอรมัน

ในบางครั้ง การให้วัคซีนอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเล็กน้อย และมีเพียงน้อยรายเท่านั้นที่เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง ปฏิกริยาที่อาจเกิดหลังจากการรับวัคซีนจะมีดังนี้

1) อาการข้างเคียงที่สำคัญเนื่องจากได้รับวัคซีนรวมโรคหัด/โรคหัดเยอรมัน

(มักใช้วัคซีนนี้เพื่อป้องกันโรคหัดและโรคหัดเยอรมันพร้อมกัน)

อาการข้างเคียงที่สำคัญคือมีไข้ (20% ของกลุ่มคนไข้) และผื่น (10% ของกลุ่มคนไข้) อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นใน 5 ถึง 14 วัน หลังจากการรับวัคซีน ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการรับวัคซีน อาจเกิดอาการไข้ ผื่น และอาการคัน ที่อาจถือเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้ แต่อาการเหล่านี้จะหายไป 1 ถึง 3 วัน คนไข้บางคนมีผื่นแดง อาการบวม และการแข็งตัวของเนื้อในบริเวณที่ฉีดวัคซีน กับต่อมน้ำเหลืองบวม แต่อาการเหล่านี้มักหายไปในเวลาไม่กี่วัน

มักไม่พบรายงานเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น อาการแพ้เพราะให้ยาเร็วและรุนแรง (โรคลมพิษ อาการหายใจติดขัด และแม้มีอาการช็อค) โรค TTP ชนิดเฉียบพลัน (เลือดออกจากผิวหนัง จุก เยื่อเมือกในช่องปาก เป็นต้น) โรคสมองอักเสบ และอาการกล้ามเนื้อกระดูก

2) อาการข้างเคียงที่สำคัญเนื่องจากวัคซีนโรคหัด

(ใช้วัคซีนนี้เพื่อป้องกันโรคหัดอย่างเดียว)

อาการข้างเคียงที่สำคัญคือมีไข้อ่อนๆ 37.5°C ถึง 38.5°C (พบได้จากคนไข้ 5%) มีไข้สูง มากกว่า 38.5°C (พบได้จากคนไข้ 8%) และมีผื่นคล้ายกับโรคหัด (พบได้จากคนไข้ 6%) มักพบใน 5 ถึง 14 วันหลังจากได้รับวัคซีน อย่างไรก็ตาม อาการไข้มักเกิดขึ้นเพียง 1 หรือ 2 วัน ผื่นมักไม่มีอาการรุนแรง อาจมีสีแดง พอง หรือคล้ายๆ กับอาการออกหัดตามธรรมชาติ อาการข้างเคียงอื่นๆ คือผื่นแดงและบวมในบริเวณที่ฉีดวัคซีน และอาการคัน (พบใน 1 คนจาก 300 คน) โรคลมพิษ (ผื่นแดง) และอาการข้างเคียงอื่นๆ ที่มักไม่ค่อยพบ ซึ่งอาการแทบทั้งหมดเกิดขึ้นชั่วคราว อาการข้างเคียงที่รุนแรงแต่ไม่ค่อยพบจะมี อาการแพ้เพราะให้ยาเร็วและรุนแรง โรคสมองอักเสบ/อาการผิดปกติทางประสาท (พบน้อยกว่า 1 คนจาก 1 ล้านคนหรือมากกว่า) และโรค TTP ชนิดเฉียบพลัน (พบใน 1 คนจาก 1 ล้านคน)

มีรายงานว่า เกิดโรค SSPE เนื่องจากวัคซีนได้น้อยมาก ในระดับเพียง 1/10 ของคนไข้ที่ติดเชื้อโรคหัดตามธรรมชาติเท่านั้น

3) อาการข้างเคียงที่สำคัญของวัคซีนโรคหัดเยอรมัน

(ใช้วัคซีนนี้เพื่อป้องกันเฉพาะโรคหัดเยอรมันเท่านั้น)

อาการข้างเคียงที่สำคัญคือผื่น ลมพิษ ผื่นลมพิษ อาการคัน มีไข้ ต่อมท่อน้ำเหลืองบวม และปวดข้อ

อาการข้างเคียงที่รุนแรงและพบน้อยมากจะมีอาการช็อค อาการแพ้เพราะให้ยาเร็วและรุนแรง และโรค TTP ชนิดเฉียบพลัน (พบใน 1 คนจากคนไข้ 1 ล้านคน)

3 ระบบการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการข้างเคียงเนื่องจากวัคซีน

○ ผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงเพราะวัคซีน และต้องการการบำบัดทางการแพทย์ หรือผู้ที่เกิดปัญหาสุขภาพจนทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้เนื่องจากอาการข้างเคียง จะได้รับการชดเชยจากรัฐบาล ตามกฎหมายวัคซีนป้องกัน

○ สิ่งที่ชดเชยประกอบด้วยเงินค่ารักษาพยาบาล การประณพพยาบาลจากแพทย์ เงินอุดหนุนเด็กที่ทุพพลภาพ เงินชดเชยกรณีเสียชีวิต และค่างานศพนอกกิจศพ ซึ่งกฎหมายจะจำแนกตามระดับความรุนแรงของผลจากอาการข้างเคียง ค่าชดเชยเหล่านี้จะได้รับการเบิกจ่ายตามข้อกำหนดของกฎหมาย ค่าชดเชยทั้งหมด ยกเว้นเงินชดเชยกรณีเสียชีวิต และค่างานศพ จะได้รับอย่างต่อเนื่อง จนถึงที่สุดการบำบัดหรือการฟื้นฟูสุขภาพ

○ ทว่า คณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวัคซีน แพทย์โรคติดเชื้อ นักกฎหมาย และนักวิชาการสาขาอื่น จะตรวจสอบ ถึงสาเหตุของอาการข้างเคียง ว่าเกิดจากการรับวัคซีนหรือเกิดจากปัจจัยอื่นๆ (การติดเชื้อก่อนหรือหลังรับวัคซีน หรือสาเหตุอื่นๆ) ในกรณีที่เกิดคณะกรรมการพิจารณาแล้วได้รับรองว่า อาการข้างเคียงเกิดเนื่องจากการรับวัคซีน คนไข้จะได้รับค่าชดเชย

○ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 จะมีการให้วัคซีนโรคหัดและโรคหัดเยอรมัน (รวมทั้งวัคซีนโรคหัดหรือโรคหัดเยอรมัน อย่างใดอย่างหนึ่ง) แก่เด็กในช่วงอายุชั้นมัธยมปีที่ 1 และมัธยมปีที่ 6 ตั้งแต่เดือนเมษายนของปีนั้น จนถึงเดือนมีนาคมของปีถัดไป ถ้าเด็กต้องการได้รับวัคซีนหลังจากระยะเวลาที่กำหนด ถือว่าวัคซีนนั้นไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมายวัคซีนป้องกัน (การรับวัคซีนแบบสมัครใจ) ในกรณีเช่นนั้น เมื่อเด็กเจ็บป่วยเนื่องจากได้รับวัคซีน ก็จะได้รับความช่วยเหลือโดยการชดเชยตามกฎหมายหน่วยงานบริการทางการแพทย์และเภสัชกรรม อย่างไรก็ตาม ค่าชดเชยมีอยู่ในระดับประมาณครึ่งหนึ่งของค่าชดเชย ที่ได้จากกฎหมายวัคซีนป้องกัน (รายการเบิกจ่ายที่เหมือนกันคือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประโยชน์ทางการแพทย์ และค่างานศพนอกกิจศพ)

* ในกรณีที่ต้องการยื่นคำร้องเพื่อขอเบิกค่าชดเชย โปรดปรึกษาแพทย์ที่ได้ตรวจเด็กของคุณก่อนให้วัคซีน ศูนย์บริการสุขภาพ หรือสำนักงานเทศบาลที่รับผิดชอบในการให้วัคซีน

4 ข้อควรระวังในการรับวัคซีน

การให้วัคซีน โดยทั่วไปแล้ว ควรให้ในวันที่เด็กมีสุขภาพดี ถ้าเด็กของคุณไม่สบาย โปรดปรึกษาแพทย์ และตัดสินใจว่า ควรให้เด็กได้รับวัคซีนหรือไม่

เมื่อเด็กของคุณตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ จะรับวัคซีนไม่ได้ คือ

- 1) มีไข้ที่ชัดเจน (อุณหภูมิร่างกาย 37.5°C หรือสูงกว่า)
- 2) มีอาการไข้เฉียบพลันและรุนแรง
- 3) มีประวัติโรคภูมิแพ้ ที่เกิดจากส่วนประกอบใด ๆ ที่ใช้เตรียมวัคซีน
- 4) มีโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติที่ชัดเจน หรือการบำบัดที่กดต้านภูมิคุ้มกันของร่างกาย
- 5) ตั้งครรภ์
- 6) มีสภาพอื่นที่แพทย์เห็นว่าไม่เหมาะสม

[ข้อควรระวังสำหรับผู้หญิง]

ถ้าคุณตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์ คุณไม่ควรรับวัคซีน ขอแนะนำว่า คุณควรรับวัคซีนหลังจากคลอด หรือเมื่อได้รับการยืนยันว่า คุณไม่ได้ตั้งครรภ์

เมื่อคุณรับวัคซีน โปรดปรึกษาแพทย์ที่ให้วัคซีน ศูนย์บริการสุขภาพ หรือสำนักงานเทศบาลที่รับผิดชอบการให้วัคซีน

คุณควรเลี้ยงที่จะตั้งครรภ์ ในระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือนหลังจากรับวัคซีน.

○ สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง: โปรดอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด

หลังจากอ่านอย่างระมัดระวัง และเข้าใจเนื้อหาความข้างต้นเป็นอย่างดีแล้ว โปรดตัดสินใจว่า จะให้เด็กของคุณรับวัคซีนหรือไม่ **หากคุณตัดสินใจที่จะรับวัคซีน โปรดลงลายมือชื่อในช่องพ่อแม่/ผู้ปกครองข้างล่าง ถ้าคุณไม่ได้ลงลายมือชื่อ เด็กของคุณจะไม่ได้รับวัคซีน**
ถ้าคุณไม่ต้องการให้เด็กของคุณได้รับวัคซีน คุณไม่ต้องลงลายมือชื่อ

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารอธิบายเกี่ยวกับวัคซีนโรคหัดและโรคหัดเยอรมัน และข้าพเจ้าเข้าใจประโยชน์และความเสี่ยง (อาการข้างเคียงที่รุนแรง) ของวัคซีนแล้ว รวมทั้งระบบการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยเนื่องจากการรับวัคซีนอีกด้วย เมื่อพิจารณาปัจจัยเหล่านี้แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้เด็กของข้าพเจ้าได้รับวัคซีน
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ได้มีการจัดทำเอกสารฉบับนี้ขึ้นมาเพื่อช่วยให้พ่อแม่และผู้ปกครองเข้าใจเกี่ยวกับการให้วัคซีนอย่างละเอียด และยินยอมให้ส่งแบบพิมพ์นี้ไปยังสำนักงานเทศบาลได้

ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง: _____

ที่อยู่ _____

หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน: _____

* ช่วงปี พ.ศ.2551 จนถึง พ.ศ. 2555 เด็กที่มีอายุเทียบเท่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 หรือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จะรับวัคซีนได้ก็ต่อเมื่อพ่อแม่/ผู้ปกครองติดตามกับเด็กมาด้วย แต่ในกรณีที่ต้องการรับวัคซีนโดยไม่มีพ่อแม่/ผู้ปกครองติดตามมาด้วย คุณจะต้องให้เด็กของคุณยื่นแบบพิมพ์นี้
หากไม่มีลายมือชื่อของคุณ เด็กของคุณจะไม่ได้รับอนุญาตให้รับวัคซีน

แบบสอบถามเพื่อคัดกรอง

		อุณหภูมิร่างกายก่อนการสัมภาษณ์		องศา
ที่อยู่				
ชื่อเด็ก	ชายหรือหญิง	วันเกิด ปีเกิด	เกิดเมื่อ	/ / (วันที่/เดือน/ปี) อายุ (ปี เดือน)

แบบสอบถามเกี่ยวกับการให้วัคซีน	คำตอบ		ความเห็นของแพทย์
โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับเด็กที่จะได้รับวัคซีนดังต่อไปนี้ เด็กเคยมีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อแรกเกิด หรือมีความผิดปกติเมื่อเกิด หลังจากเกิด หรือเมื่อตรวจสุขภาพทารกหรือไม่?	มี	ไม่มี	
ในวันนี้ เด็กมีอาการป่วยหรือไม่? ถ้ามี โปรดอธิบายรายละเอียดของอาการป่วยด้วย ()	มี	ไม่มี	
ในเดือนก่อน เด็กเคยป่วยไหม? ชื่อโรค ()	เคย	ไม่เคย	
สมาชิกครอบครัว หรือเพื่อนฝูงคนใดเป็นโรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคอีสุกอีใส หรือโรคางูในเด็กก่อนไหม? ชื่อโรค ()	เป็น	ไม่เป็น	
เด็กได้รับวัคซีนมาในเดือนก่อนไหม? ชื่อวัคซีน ()	ได้รับ	ไม่ได้รับ	
เด็กมีความผิดปกติแต่กำเนิด มีโรคหัวใจ โรคไต โรคตับ โรคระบบประสาทส่วนกลาง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคอื่นๆ ที่คุณได้ปรึกษาแพทย์ไหม? ชื่อโรค ()	มี	ไม่มี	
หากมี แพทย์ผู้รักษาอนุญาตให้รับวัคซีนในวันนี้ไหม?	อนุญาต	ไม่อนุญาต	
เด็กเคยมีอาการชัก (กระตุกหรือเกร็ง) มาก่อนไหม? ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่ออายุเท่าไร? ()	เคย	ไม่เคย	
ถ้าคุณตอบว่า "เคย" ในคำถามข้อก่อน ในตอนนั้น เด็กมีไข้ไหม?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีผื่นหรือลมพิษ (ผื่นหรือผื่นแดง) เพราะแพ้ยาหรืออาหาร หรือป่วยหลังจากกินอาหารบางอย่าง หรือได้รับยาบางชนิดไหม?	เคย	ไม่เคย	
เด็กมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิดไหม?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่? ชื่อวัคซีน ()	เคย	ไม่เคย	
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติของเด็กเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนมาแล้วหรือไม่?	มี	ไม่มี	
เด็กเคยรับการถ่ายเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือได้รับยาที่เรียกว่า แกมมาโกลบูลินมาในระยะเวลา 6 เดือนก่อนหรือไม่?	เคย	ไม่เคย	
ถ้าจะให้วัคซีนต่อผู้หญิง: เธอมีโอกาสดังครรภ์ใหม่ (เช่น ประจำเดือนมาช้า หรือประจำเดือนไม่มา)? [ข้อควรระวัง] ผู้หญิงที่จะรับวัคซีนต้องไม่ตั้งครรภ์ภายในระยะเวลา 2 เดือนหลังจากรับวัคซีน	มี	ไม่มี	
ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยจากวัคซีน เมื่อพิจารณาประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและสภาพของเด็กในวันนี้ คุณยินยอมที่จะให้เด็กรับวัคซีนใหม่? ข้าพเจ้า (ยอม / ไม่ยอม)* รับให้เด็กได้รับวัคซีน * โปรดวงกลมข้อความที่ต้องการเลือก ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความข้างต้น และยินยอมให้ส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสำนักงานเทศบาล			
ลายมือชื่อของพ่อแม่ / ผู้ปกครอง:			

<p>ความเห็นของแพทย์</p> <p>จากคำตอบและจากผลของการสัมภาษณ์ข้างต้น ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจว่า คนไข้ (สามารถจะ / ไม่ควรจะ) ได้รับวัคซีนในวันนี้ ข้าพเจ้าได้อธิบายให้คนไข้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากวัคซีน และบริการต่อผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงเนื่องจากการรับวัคซีน</p> <p style="text-align: right;">ลายมือชื่อ หรือชื่อกับตราลายมือชื่อของแพทย์:</p>

ชื่อวัคซีน	ปริมาณให้วัคซีน	ชื่อสถานพยาบาล / ชื่อแพทย์ / วันที่ให้วัคซีน
ชื่อวัคซีน หมายเลขชุด [ข้อควรระวัง] ให้ตรวจดูว่าวัคซีนยังไม่หมดอายุ	มล.	สถานพยาบาล: ชื่อแพทย์: วันที่ให้วัคซีน: / / (วันที่/เดือน/ปี)

[หมายเหตุ] แกมมาโกลบูลิน เป็นผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ใช้ฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่นโรคตับอักเสบนิดเอ และใช้รักษาอาการติดเชื้ออย่างรุนแรง วัคซีนบางชนิด (เช่น วัคซีนโรคหัด) อาจให้หลังในคนที่ได้รับผลิตภัณฑ์นี้มาแล้วใน ระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือนก่อน