



18 กันยายน 2561

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนซิโนแวคป้องกันมะเร็งปากมดลูก
เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียนหญิง ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
สิ่งที่ส่งมาด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และใบตอบรับ

ด้วยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก จึงได้จัดบริการฉีดวัคซีนซิโนแวคให้กับนักเรียนหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสม และมีภูมิคุ้มกันสูงกว่าผู้ใหญ่ 2 – 3 เท่า ซึ่งในการฉีดวัคซีนซิโนแวค จะฉีดจำนวน 2 เข็ม ห่างกัน 6 เดือน

ในการนี้ ทางโรงเรียนจึงจะจัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการฉีดวัคซีนดังกล่าว 2 ครั้ง : ครั้งที่ 1 (เข็มที่ 1) ในวันจันทร์ที่ 24 กันยายน 2561 ณ ห้องพยาบาล ชั้น 2 อาคาร Dominic 1 เวลา 09.00 – 11.00 น. และครั้งที่ 2 (เข็มที่ 2) ฉีดในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 (จะมีหนังสือเรียนให้ผู้ปกครองทราบอีกครั้งในลำดับถัดไป)

ดังนั้น หากผู้ปกครองประสงค์ให้นักเรียนเข้ารับวัคซีนดังกล่าว(โรงเรียนจัดบริการให้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครอง) ขอความกรุณาส่งใบตอบรับคืนครูประจำชั้น ภายในวันพฤหัสบดีที่ 20 กันยายน 2561 เพื่อการเตรียมการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(นางสาวฉัตรชัย ขจรศิริธนพงษ์)
ผู้ช่วยผู้อำนวยการแผนกประถม

งานพยาบาลโรงเรียน

โทรศัพท์ 0-2213-0117 ต่อ 106

โทรสาร 0-2674-0499



ใบตอบรับ ที่ สสอ. 126/2561

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนซิโนแวคป้องกันมะเร็งปากมดลูก
(ส่งคืนที่ครูประจำชั้น ภายในวันพฤหัสบดีที่ 20 กันยายน 2561)

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , นางสาว) นามสกุล

ผู้ปกครองของ ค.ณ.ระดับชั้น มีความสัมพันธ์เป็น

ได้ทราบข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ข้อปฏิบัติและมีอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยจากเอกสารความรู้ ทั้งนี้ข้าพเจ้า

ยินยอม ให้เด็กในความปกครองฉีดวัคซีนครบทั้ง 2 เข็มได้

ไม่ยินยอม เนื่องจาก

เคยฉีดวัคซีนชนิดนี้แล้ว

อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ลงชื่อ.....

(ผู้ปกครอง)