

X1. MOH MODERNA COVID-19 Vaccination Form – Form 1

X1. แบบฟอร์มการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของโมเดอร์นา จากกระทรวงสาธารณสุข -แบบฟอร์มที่ 1

X2. TO BE COMPLETED BY PATIENT (Please approach our staff if you need help)

X2. กรอกโดยผู้ป่วย (โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่ของเราหากคุณต้องการความช่วยเหลือ)

Part A: Personal Particulars				A1.1	A1.2																
ส่วนข้อ ก - รายละเอียดส่วนตัว				Queue	Registration																
				เข้าคิว	การลงทะเบียน																
A1.3 Name (Block Letters) A1.3 ชื่อ (เขียนตัวพิมพ์ใหญ่):			A1.4 NRIC / Foreign Identification Number (FIN): A1.4 หมายเลขบัตรประชาชน / ฟิน:																		
			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
A1.5 Gender A1.5 เพศ:	A1.6 Date of Birth A1.6 วันเกิด (วว / ดด / ปปปป):	A1.7 Age A1.7 อายุ:	A1.8 Ethnic Group A1.8 กลุ่มชาติพันธุ์:	A1.9 Residential Status: A1.9 สถานะที่อยู่อาศัย:																	
<input type="checkbox"/> A1.5.1 Male A1.5.1 ชาย <input type="checkbox"/> A1.5.2 Female A1.5.2 หญิง	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> A1.8.1 Chinese A1.8.1 คนจีน <input type="checkbox"/> A1.8.2 Malay A1.8.2 คนมาเลย์ <input type="checkbox"/> A1.8.3 Indian A1.8.3 คนอินเดีย <input type="checkbox"/> A1.8.4 Others A1.8.4 อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> A1.9.1 Citizen A1.9.1 สัญชาติ <input type="checkbox"/> A1.9.2 Permanent Resident A1.9.2 ผู้พำนักถาวร(พีอาร์) <input type="checkbox"/> A1.9.3 Long term A1.9.3 ผู้พำนักระยะยาว (ลองเทอร์ม) <input type="checkbox"/> A1.9.4 Others A1.9.4 อื่น ๆ									
A1.10 Address* A1.10 ที่อยู่*:			A1.12 Handphone Number: A1.12 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ:																		
A1.11 Postal Code A1.11 รหัสไปรษณีย์:			A1.13 Email Address*: A1.13 อีเมล*:																		
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
PART B: MEDICAL INFORMATION						Waiting Area															
ส่วนข้อ ข: ข้อมูลทางการแพทย์						พื้นที่รอ															
PART B1: FEVER																					
ส่วนข้อ ข1: ไข้																					
Fever (Temperature $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) in the past 24 hours?						ไม่มี															
มีไข้ (อุณหภูมิ ≥ 37.5 องศา) ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา หรือไม่						มี															
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>															
PART B2: ADVERSE EVENTS TO VACCINES																					
ส่วนข้อ ข3: อาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีน																					
Have you ever had any allergic reactions to vaccines:						ไม่มี															
คุณเคยมีอาการแพ้ยาวัคซีนหรือไม่						มี															
<ul style="list-style-type: none"> Anaphylaxis: severe reaction with two or more of the following: (a) hives or face/eyelid/lip/throat swelling, (b) difficulty breathing, (c) dizziness การแพ้ชนิดรุนแรงเฉียบพลัน: เป็นอาการแพ้อย่างรุนแรง มีอย่างน้อยสองอาการ คือ (ก) ลมพิษหรืออาการบวมที่ใบหน้า / เปลือกตา / ริมฝีปาก / ลำคอ (ข) หายใจลำบาก หรือ (ค) เวียนศีรษะ Have you had rash OR hives OR face/eyelid/lip swelling to vaccines? คุณเคยมีผื่น หรือ ลมพิษ หรือ บวมที่ใบหน้า / เปลือกตา / ริมฝีปากเนื่องจากวัคซีนหรือไม่ 						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<ul style="list-style-type: none"> Have you been diagnosed with heart inflammation (myocarditis/pericarditis) after a previous dose of a COVID-19 vaccine? 						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

<p>คุณเคยถูกการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจอักเสบ (myocarditis/pericarditis) หลังจากฉีดวัคซีน โควิด 19 ครั้งก่อน หรือไม่</p>			
<p>PART B3: SPECIAL SITUATIONS (CAN STILL VACCINATE)</p> <p>ส่วนข้อ ข3: สถานการณ์พิเศษ (ยังรับฉีดวัคซีนได้อยู่)</p> <p>Have you ever had anaphylaxis to medications, insect stings, food or unknown triggers? คุณเคยมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อยา แมลงต่อย อาหารหรือสิ่งกระตุ้นที่ไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ (For females) Are you pregnant or suspect that you are pregnant (late menstrual period)? คุณเคยถูกการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจอักเสบ (myocarditis/pericarditis) หลังจากฉีดวัคซีน โควิด 19 ครั้งก่อน หรือไม่ Are you currently taking these medications or have these medical conditions? คุณกำลังใช้ยาเหล่านี้ หรือมีภาวะเหล่านี้หรือไม่</p>		ไม่มี	มี
<ul style="list-style-type: none"> Blood-thinning medications (eg. warfarin, apixaban, rivaroxaban etc) ยาละลายลิ่มเลือด (เช่น วอร์ฟาริน (warfarin), เอพิซาแบน (apixaban), ไรวาร็อกซาแบน (rivaroxaban) เป็นต้น) Bleeding disorder or low platelets ภาวะเลือดออกผิดปกติหรือเกล็ดเลือดต่ำ On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy in the past 3 months OR planned in the next 2 months) # ว่าด้วยการรักษามะเร็ง (ภูมิคุ้มกันบำบัด / เคมีบำบัด / ฉายแสงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา หรือ มีการวางแผนในอีก 2 เดือนข้างหน้า) *ต้องปรึกษากับแพทย์เชี่ยวชาญด้านเนื้องอก# Recent transplant in the past 3 months# การปลูกถ่ายอวัยวะในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา# Aggressive Immunotherapy for non-cancer conditions (eg. rituximab etc) # ได้รับยากระตุ้นภูมิคุ้มกันสำหรับโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (เช่น rituximab เป็นต้น) # 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>PART C: PATIENT DECLARATION AND CONSENT</p> <p>ส่วนข้อ ค แบบแสดงข้อมูลและความยินยอมของผู้ป่วย</p> <p>C1.1 I declare that the information I have given is true and complete to the best of my knowledge C1.1 ฉันขอยืนยันว่าข้อมูลที่ฉันให้มานั้นเป็นความจริงและสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่ฉันจะรู้ได้ C1.2 I have been informed of the risks, benefits and side effects of COVID-19 vaccination, and I wish to receive COVID-19 vaccination C1.2 ฉันได้รับแจ้งถึงความเสี่ยง ประโยชน์ และผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน โควิด-19 และฉันต้องการรับการฉีดวัคซีน โควิด-19</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><input type="checkbox"/> C1.3 I AGREE to receive COVID-19 vaccination; OR C1.3 ฉันตกลงรับการฉีดวัคซีน โควิด-19 หรือ</p> <p><input type="checkbox"/> C1.4 I DO NOT wish to receive COVID-19 vaccine** C1.4 ฉันไม่ต้องการรับวัคซีน โควิด-19**</p>			
<p>_____ C1.5 Name of patient / parent / guardian C1.5 ชื่อผู้ป่วย / พ่อแม่ / ผู้ปกครอง</p>	<p>_____ C1.6 NRIC No. / FIN C1.6 หมายเลขบัตรประชาชน / ฟิน</p>	<p>_____ C1.7 Signature C1.7 ลายเซ็น</p>	<p>_____ C1.8 Date (dd/mm/yyyy) C1.8 วันที่ (ว/ด/ป/ปปปป)</p>

* X3. Fields not required if names are submitted via nominal roll, appointment booking system and healthcare workers under the self-vaccination exercise.

X3. ไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลในช่องที่มี()หากมีการส่งรายชื่อผ่านระบบการจองนัดหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสิทธิ์รับวัคซีน

** X4. If patient **does not** wish to receive COVID-19 vaccine, there is no need to complete **FORM 2**.

** X4. เว้นการกรอกแบบฟอร์มที่ 2 หากผู้ป่วยไม่ต้องการรับวัคซีน โควิด-19

Memo from treating specialist is required to proceed with vaccination.

ต้องมีบันทึกจากผู้เชี่ยวชาญทำการรักษาเพื่อดำเนินการฉีดวัคซีน

X5. MOH MODERNA COVID-19 VACCINATION FORM (ASSESSMENT CLINIC) – FORM 2

X5. แบบฟอร์มการฉีดวัคซีน โควิด-19 ของโมเดอร์น่า จากกระทรวงสาธารณสุข (คลินิกตรวจ) - แบบฟอร์มที่ 2

X6. TO BE COMPLETED BY DOCTOR OR NURSE AT VACCINATION SITE

X6. ให้กรอกโดยแพทย์หรือพยาบาล ที่สถานที่รับวัคซีน

PART D: CLINICAL SAFETY REVIEW OF PATIENTS			
PART D1: NOT ELIGIBLE FOR COVID-19 VACCINATION		NO	YES
IF YES → DO NOT VACCINATE <ul style="list-style-type: none"> Child under age 18 years 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PART D2: CONTRAINDICATIONS TO COVID-19 VACCINE		NO	YES
IF YES → DO NOT VACCINATE <ul style="list-style-type: none"> High-risk/immediate (onset ≤4h) allergic reaction or anaphylaxis to previous dose of same vaccine, or any of its components Myocarditis / pericarditis after a previous COVID-19 vaccine 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PART D3: PRECAUTIONS → POSTPONE VACCINATION		NO	YES
IF YES → DO NOT VACCINATE <ul style="list-style-type: none"> Fever (≥ 37.5°C) in past 24 hr → Re-schedule vaccination when fever has resolved Allergy of anaphylaxis to other (non-COVID-19) vaccines → Refer to allergist* 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PART D4: SPECIAL SITUATIONS → CAN VACCINATE		NO	YES
IF YES to being on anti-coagulation, has bleeding disorder or low platelets → <ul style="list-style-type: none"> Advise to hold firm pressure at injection site for 5 minutes 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to being/possibly pregnant → <ul style="list-style-type: none"> Check if patient wishes to discuss with obstetrician (optional) 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to any of the below, check if the suitability has been assessed by treating specialist <ul style="list-style-type: none"> On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy) less than 3 months ago or planned in the next 2 months Recent transplant in the past 3 months Aggressive immunotherapy for non-cancer conditions (e.g. rituximab, etc.) 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to history of anaphylaxis → <ul style="list-style-type: none"> ENSURE POST-VACCINATION OBSERVATION PERIOD OF 30 MINUTES 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLINICAL ASSESSMENT: <input type="checkbox"/> Risks, benefits, adverse effects discussed; patient form & consent checked VACCINATE? <input type="checkbox"/> YES → PROCEED TO VACCINATION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Not eligible OR has contraindications → NO VACCINATION <input type="checkbox"/> Fever → RESCHEDULE vaccination when fever has resolved <input type="checkbox"/> Allergy or anaphylaxis to other vaccines → Refer to allergist*		Form Completed by _____ Name (stamp) / Signature / Date	
PART E: VACCINATION RECORD			
COVID-19 vaccine given: <input type="checkbox"/> #1 Date: <input type="checkbox"/> #2 Date: <input type="checkbox"/> #3 Date:	Injection site: <input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid <input type="checkbox"/> Other _____	Vaccine Brand: <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech/Comirnaty <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> Other _____	Batch number: Bottle number (if applicable):

Place of Vaccination:	Vaccinated by:
	_____ Name (stamp) / Signature / Date

PART F: OBSERVATION & DISCHARGE

<input type="checkbox"/> Vaccine card & vaccine information sheet (VIS) given <input type="checkbox"/> Observe patient for 30 min after vaccination (for syncope, anaphylaxis etc) <input type="checkbox"/> If allergic symptoms develop in first 30 min, observe until stable or refer to ED	Time of vaccination:
---	----------------------

Remarks by doctor (If treatment required):	Assessed by:
	_____ Name (stamp) / Signature / Date

* Please refer to the [Allergist Referral Form for COVID-19 vaccination] if the individual is eligible for further evaluation by an allergist.