



เรียน ผู้ปกครองทุกท่าน

ทางโรงเรียนนานาชาติไทย-จีน ขอเรียนให้ท่านทราบว่าทางบริษัท Nurse Team (Thailand) และโรงพยาบาล InterMed จะมาทำการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ให้กับท่านผู้ปกครองและนักเรียนที่สนใจ ในวันศุกร์ที่ 2 ตุลาคม 2563 ในราคาเข็มละ 420 บาท

สถานที่ในการฉีดวัคซีนคือ

- ห้องพยาบาล สำหรับเด็กนักเรียน ระหว่างเวลา 6.30-14.00
- ร้านกาแฟด้านหน้าโรงเรียน สำหรับผู้ปกครอง ระหว่างเวลา 6.30-14.00

โรคไขหวัดใหญ่เป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย และทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่อันตราย เช่นโรคปอดบวม วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคไขหวัดใหญ่คือ การฉีดวัคซีน แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ทุกปี องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ทุกปี โดยรับการฉีดปีละ 1 ครั้ง

สำหรับท่านที่สนใจจะรับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ปี 2020-2021 สำหรับตัวท่านเองหรือนักเรียนที่อยู่ในความดูแลของท่าน กรุณากรอกแบบฟอร์มที่แนบมาด้วย พร้อมเซ็นยินยอม และส่งกลับแบบฟอร์มพร้อมเงินสดจำนวน 420 บาท ให้กับพยาบาลของโรงเรียนก่อนวันศุกร์ที่ 25 กันยายน 2563 โดยให้กรอกคนละ 1 ฟอร์ม

ถ้ามีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อสอบถามได้ที่แผนกพยาบาลของโรงเรียนที่ [nurse@tcis.ac.th](mailto:nurse@tcis.ac.th) หรือโทร (02) 751-1201 ต่อ 220

ขอแสดงความนับถือ

พัชรินทร์ จริงเข้าใจ  
Business Manager

# Influenza Vaccination Consent Form

(one person per one form)

Please select one:  Student  Parent/Guardian  Staff

First Name .....Last Name .....Age.....  
Grade..... Pin No.....(For Student Only)

## History taking information

- Do you have any pre-existing medical conditions?  YES.....  
 No
- Do you have any allergies to any vaccines or medicines?  YES .....  
 No
- Are you allergy to eggs or egg product  YES .....  
 No
- Are you planning a pregnancy, currently pregnant or breastfeeding?  YES.....  
(For Adults Only)  No

## People who should NOT receive the influenza vaccine

1. Individuals with severe, life-threatening allergies to the influenza vaccine.
2. Have had an allergy to eggs or any of the ingredients in the vaccine.
3. Pregnant women and breastfeeding, please consult your attending doctor
4. Acute severe illness i.e. high fever

I consent to receiving the vaccine:

Signature.....

Tel.....

Day/month/year.....

---

For Nurse Use Only

T \_\_\_\_ °C BP \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_

Nurse Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_