



มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย
โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย
THE PRINCE ROYAL'S COLLEGE

ที่ พร 1150100024/0865/2565

14 มิถุนายน 2565

เรื่อง การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์

เรียน ผู้ปกครองนักเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. เอกสารตอบรับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย
 2. แบบบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ประจำปี 2565
 3. แผนที่สถานที่ฉีดวัคซีน

ในทุกๆปี มักจะเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่หลายสายพันธุ์ ส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียนเป็นอย่างมาก ทำให้ต้องหยุดพักรักษาตัวเป็นเวลานาน (ประมาณ 1 สัปดาห์) และกระทบต่อการเรียนของนักเรียน ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อของโรคไข้หวัดใหญ่ โรงเรียนปรินส์รอยแยลส์วิทยาลัย ร่วมกับโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จัดให้มีบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ทางโรงเรียน จึงขอเชิญชวนผู้ปกครองได้พิจารณาอนุญาตให้นักเรียนได้รับวัคซีนดังกล่าว ในราคา เข็มละ 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) โดย กำหนดฉีดในวันเสาร์ ที่ 9 กรกฎาคม 2565 เวลา 08.00 – 15.30 น. ณ อาคาร 95 ปี ชั้นที่ 1 ตรงข้ามตึกพระพร โรงพยาบาลแมคคอร์มิค (ผู้ปกครองนำนักเรียนไปฉีดด้วยตนเอง) ตามแผนที่แนบ

โดยมีข้อบ่งชี้ในการฉีดวัคซีน ดังนี้

อายุ	ประวัติได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	จำนวนเข็มที่ฉีด	จำนวนเงิน
ต่ำกว่า 9 ปี	ไม่เคยฉีด	2 (ห่างกัน 1 เดือน)	1,000
ต่ำกว่า 9 ปี	เคยฉีด	1	500
มากกว่า 9 ปี	ไม่เคยฉีด	1	500
มากกว่า 9 ปี	เคยฉีด	1	500

โดยวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ที่ฉีดชื่อ Fluarix Tetra 2022 ผลิตโดยบริษัท Glaxosmithkline Biologicals ลักษณะเข็มแบบ Single dose 0.5 ml หากผู้ปกครองประสงค์จะให้นักเรียนเข้ารับการฉีดวัคซีนดังกล่าว กรุณาชำระเงินค่าฉีดวัคซีนที่แผนกการเงินของโรงเรียน หรือ สามารถชำระเงินได้ที่ <https://regis.prc.ac.th/Vaccine> ได้ตั้งแต่วันที่ 20 มิถุนายน - 5 กรกฎาคม 2565 โดยขอให้ท่านเก็บหลักฐานการชำระเงิน เช่นใบเสร็จรับเงิน หรือ รูปสลิปการโอนเงินทางโทรศัพท์เพื่อแสดงในวันรับการฉีดวัคซีน

หมายเหตุ กรณีผู้ปกครองสนใจฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่สามารถซื้อในนามนักเรียนได้ในราคา 500 บาทและฉีดในวันเสาร์ที่ 9 กรกฎาคม 2565 เท่านั้น หากมาฉีดภายหลังทางโรงพยาบาลขอคิดค่าบริการเพิ่มคนละ 175 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณท่านผู้ปกครองที่สนับสนุนกิจกรรมของโรงเรียนด้วยดี มาโดยตลอด ขอองค์พระผู้เป็นเจ้าทรงโปรดอวยพระพรท่านและครอบครัวให้มีสันติสุขตลอดไป

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เกรียง รัฐิศจำเริญพร)

ผู้จัดการ - ผู้อำนวยการ

ฝ่าย อำนวยการโรงเรียน

โทร. 0 5324 2038 ต่อ 337

กฐ/พต/ศส/อม.

ใบตอบรับ
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ผู้ปกครองเด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นางสาว.....ชั้น...../.....เลขที่.....
เลขประจำตัว.....

- อนุญาตให้นักเรียนเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดย
- นักเรียนอายุต่ำกว่า 9 ปี ไม่มีประวัติฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่มาก่อน ฉีดวัคซีน 2 เข็ม ห่างกัน 1 เดือน ราคา 1,000.- บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)
 - นักเรียนทุกช่วงอายุที่มีประวัติเคยได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาแล้ว หรือได้รับแต่ไม่ต่อเนื่องทุกปี ฉีดวัคซีน 1 เข็ม ราคา 500.- บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)
- ไม่อนุญาตให้นักเรียนเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เหตุผล.....
นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ประจำปีแล้วที่.....
วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ครั้งสุดท้าย.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
...../...../.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเหตุ : - ห้ามฉีดในรายที่มีประวัติ แพ้ไข่ทุกชนิด

- กรณีทานยาแก้อักเสบ(ยาปฏิชีวนะ) อยู่จะสามารถฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ได้ หลังจากหยุดยาได้ 7 วัน
- ราคานี้ได้สิทธิ์เฉพาะฉีดหน่วยงานเท่านั้น กรณีที่ป่วยหรือมีความจำเป็นต้องรับวัคซีนที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ขอสงวนสิทธิ์ให้เฉพาะนักเรียนและสามารถฉีดได้ระหว่างวันที่ทำการนัดหมายในใบนัดเท่านั้น เนื่องจากวัคซีนมีอายุที่จำกัด
- กรณีผู้ปกครองสนใจฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่สามารถซื้อในนามนักเรียนได้ในราคา 500 บาทและฉีดในวันเสาร์ที่ 9 กรกฎาคม 2565 เท่านั้น หากมาฉีดภายหลังทางโรงพยาบาลขอคิดค่าบริการเพิ่มคนละ 175 บาท

กรุณาส่งใบตอบรับพร้อมชำระเงินที่แผนกการเงินของโรงเรียน ณ อาคารอำนวยการ 1 หรือสามารถโอนเงินหรือจ่ายเงินทาง <https://regis.prc.ac.th/Vaccine> ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 5 กรกฎาคม 2565

แบบบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ประจำปี 2565

ขอความกรุณาผู้ปกครองกรอกข้อมูลของนักเรียนเพื่อเป็นประโยชน์ในการคัดกรองนักเรียนที่ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ให้นำมาในฉัดวัคซีนวันเสาร์ที่ 9 กรกฎาคม 2565

ชื่อ ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาวชั้นเลขที่.....

1. มีประวัติแพ้ไก่และไข่ หรือไม่

ไม่แพ้ แพ้ ไม่แน่ใจ

2. มีประวัติเลือดออกง่าย , เลือดแข็งตัวช้า

ไม่มี มี..... ไม่แน่ใจ

3. ได้รับยาแอสไพริน หรือยาป้องกันเลือดแข็งตัวง่าย

ไม่มี มี ไม่แน่ใจ

4. มีอาการเจ็บป่วยมีไข้สูงหรือทานยาปฏิชีวนะหรือไม่

ไม่มี มี ไม่แน่ใจ.....

**หมายเหตุ หากได้รับยาปฏิชีวนะ เริ่มทานวันที่

5. อนุญาตให้ฉีดวัคซีนป้องกันไข้วัดใหญ่ ขนาด 0.5 cc. IM (เข้ากล้ามเนื้อ) ได้โดยรับทราบว่าจะมีอาการอันไม่พึงประสงค์บ้างในบางรายตามข้อมูลเอกสารกำกับยา เช่น ไข้ต่ำๆ หรือปวดบวมแดง

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวคือ.....

มีประวัติและรักษาที่โรงพยาบาล.....

เคยแพ้ยา..... อาการ.....

กรู๊ปเลือด

..... ลงนามผู้ปกครอง

วันที่/...../.....

..... พยาบาลผู้ทบทวนและฉัดยา

วันที่/...../.....

MAP

สถานที่ฉีดวัคซีน **ใช้วัดใหญ่**

โรงเรียนปิ่นสร้อยแยลส์วิทยาลัย

วันที่ 9 กรกฎาคม 2565

เวลา 08:00 - 15:30 น

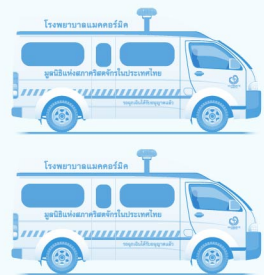


**อาคาร 95 ปี
ชั้นที่ 1**
จอดรถบริเวณ
ด้านหลังโรงพยาบาล



คลินิกเด็กและวัคซีน

ตึกพระ=PS



IN
ทางเข้า



OUT
ทางออก