

เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีน HPV

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี 2559 – 2561 พบว่า อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของโรคเฉลี่ยเท่ากับ 11.1 ต่อแสนประชากรหญิงหรือประมาณ 4,500 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ต่อปี ซึ่งจะมีหญิงไทยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกวันละ 8-10 ราย โดยหญิงไทยอายุ 45 - 70 ปี เป็นกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีบุตรมาก มีประวัติเป็นกามโรค แต่ปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่งของการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุด

วัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ 93-95 หากมีการติดเชื้อ HPV ก่อนการฉีดวัคซีนจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันลดลง ภายหลังการฉีดวัคซีนอาจพบปฏิกิริยา ได้แก่ อาการปวดบวมบริเวณที่ฉีด ผื่นแดงคันบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดศีรษะ ในกรณีที่ฉีดในวัยรุ่นเป็นกลุ่มใหญ่อาจมีความกังวลเรื่องการฉีด หรือกลัวการฉีดวัคซีน จนบางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลมหลังได้รับวัคซีน ทั้งหมดมีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติในเวลาไม่นาน และไม่เป็นอันตราย ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน HPV ครบถ้วนตามกำหนด ยังคงมีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อถึงอายุที่เหมาะสมเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน เพราะยังมีสายพันธุ์ที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยวัคซีนที่อาจก่อโรคได้อยู่

การเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน HPV ให้ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ หากมีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือไม่แน่ใจ ให้ปรึกษาแพทย์

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีน HPV

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)
ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....
ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขประจำตัว 13 หลัก.....
ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....
ประวัติการได้รับวัคซีน HPV ☐ ไม่เคยได้รับวัคซีน
☐ ได้รับเข็มที่ 1 เมื่อวันที่..... ☐ ได้รับเข็มที่ 2 เมื่อวันที่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน HPV และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV โดยสมัครใจ

☐ ไม่ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม ลงชื่อ..... ผู้เยาว์
(.....) (.....)

วันที่...../...../ 2566

วันที่...../...../ 2566

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน