



แบบรายงานผลการฉีดวัคซีนและการถ่ายภาพรังสีปอด

นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อ (นาย/นางสาว) ..... นามสกุล .....

รหัสประจำตัวนิสิต/นักศึกษา ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

- นิสิต/นักศึกษาจะต้องได้รับวัคซีน/ถ่ายภาพรังสีปอดตามที่คณะฯ กำหนด เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะติดเชื้อต่าง ๆ โดยเฉพาะนิสิต/นักศึกษาที่ต้องฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ หากนิสิต/นักศึกษาไม่ได้รับวัคซีนตามที่คณะฯ กำหนดว่าส่งผลให้นิสิต/นักศึกษาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และอาจถูกปฏิเสธในการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ
- นิสิต/นักศึกษาจะเป็นผู้รับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนเอง
- นิสิต/นักศึกษาจะต้องส่งแบบรายงานนี้ให้กับหน่วยฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพฯ ล่วงหน้าก่อนการฝึกปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 เดือน

วัคซีน	วัน/เดือน/ปี ที่ฉีด			โรงพยาบาลที่ฉีด	ลายเซ็นแพทย์ผู้สั่ง	หมายเหตุ
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3			
Hepatitis B (กระตุ้น 1 เข็ม)						เฉพาะผู้ไม่มีภูมิคุ้มกัน*
MMR (กระตุ้น 1 เข็ม)						
Varicella (Chicken pox) (2 เข็มห่างกัน 1 เดือน)						เฉพาะผู้ไม่มีภูมิคุ้มกัน*
dTP (กระตุ้น 1 เข็ม)						
Influenza virus (ฉีดปีละ 1 ครั้ง)						
ภาพถ่ายรังสีปอด#						

\*แบบเอกสาร serology ด้วย, #สำหรับนักศึกษา ให้ถ่ายภาพรังสีปอดในปี 4 และ ปี 6 ให้ถ่ายภาพรังสีปอดทุกปีก่อนเรียน/ฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง

.....  
(.....)

วัน/เดือน/ปี .....