

ที่ ศธ ๐๗๐๗๔/ ๔๒๒



สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดระยอง

ถนนสุขุมวิท อำเภอเมืองระยอง รย ๒๑๐๐๐

ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง สํารวจข้อมูลนักศึกษาที่มีความประสงค์จะรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แนวทางการให้บริการวัคซีนฯ	จำนวน ๑ ชุด
	๒. แบบสำรวจความประสงค์จะรับวัคซีนฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. เอกสารแสดงความประสงค์จะฉีดวัคซีนฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. แบบสรุปความประสงค์จะรับวัคซีนฯ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กระทรวงสาธารณสุข แจ้งว่าจะดำเนินการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส HPV (ป้องกันมะเร็งปากมดลูก) ตามนโยบายเร่งรัด ๑๐๐ วัน (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖) กลุ่มเป้าหมายสำหรับ หญิงไทยอายุ ๑๑ - ๒๐ ปี (ซึ่งประกอบด้วย นักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ถึงมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า) นักศึกษาหญิงไทยระดับอุดมศึกษาปีที่ ๑ - ๒ หรือเทียบเท่า และหญิงไทยอายุ ๑๑ - ๒๐ ปี นอกกระบวนการศึกษา ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ ๒ เข็ม

ในการนี้ สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดระยอง จึงขอให้ท่าน สํารวจข้อมูลนักศึกษาที่มีความประสงค์จะรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) โดยดำเนินการดังนี้

๑. สํารวจรายชื่อนักศึกษา อายุ ๑๑ - ๒๐ ปี แยกเป็นระดับชั้น (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)
๒. นักศึกษา ตามข้อ ๑ ที่มีความประสงค์จะรับวัคซีนฯ ขอให้สถานศึกษาแจ้งขออนุญาตผู้ปกครองด้วย (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)

๓. ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอ สรุปความประสงค์จะรับวัคซีนฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) และรวบรวมข้อมูลตามข้อ ๑ - ๓ ส่งไปยังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ภายในวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ ทาง E-mail : wiepid@gmail.com ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วยผ่านทาง QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป



สิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายเสกสรรค์ รัตนจินตมาข)

กลุ่มงานภาคีเครือข่ายและกิจการพิเศษ

ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดระยอง

โทร. ๐ ๓๘๖๑ ๗๓๑๗ ต่อ ๑๑๕

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดระยอง

โทรสาร ๐ ๓๘๖๑ ๓๖๖๒

แบบสำรวจความประสงค์จะรับวัคซีน HPV สำหรับนักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ,
 นักศึกษาหญิงไทยระดับอุดมศึกษาปีที่ 1 - 2 หรือเทียบเท่า และหญิงไทยอายุ 11 - 20 ปี นอกกระบวนการศึกษา)

เอกสารหมายเลข 1

สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอ..... ตำบล.....

กลุ่มเป้าหมาย ระดับชั้น.....ห้อง..... ชื่อ-สกุล อาจารย์ประจำชั้น หมายเลขโทรศัพท์.....

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ประวัติการได้รับวัคซีน HPV		ความประสงค์รับวัคซีน HPV			หมายเหตุ
					ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบ	ไม่รับ	รับ 1 เข็ม	รับ 2 เข็ม	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
รวม										

- หมายเหตุ : 1. ไม่รวมกับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. สำรวจและจัดสรรวัคซีนแล้ว ในปีงบประมาณ 2566
 2. ประวัติวัคซีน HPV ครบตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพิ่ม ได้แก่
 2.1 กรณีได้รับวัคซีน 3 เข็ม ตามเอกสารกำกับยา
 2.2 กรณีได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป
 3. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข

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 ที่เนื้อเยื่อผิวปากมดลูก 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 ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้คำถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน HPV และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV โดยสมัครใจ

☐ ไม่ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม ลงชื่อ.....ผู้เยาว์

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

วันที่...../...../ 2566 วันที่...../...../ 2566

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

แบบสรุปความประสงค์จะรับวัคซีน HPV สำหรับนักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ,
 นักศึกษาหญิงไทยระดับอุดมศึกษาปีที่ 1 – 2 หรือเทียบเท่า และหญิงไทยอายุ 11 – 20 ปี นอกกระบวนการศึกษา

เอกสารหมายเลข 3

สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอ.....

ผู้รวบรวมข้อมูลส่ง..... ตำแหน่ง.....หมายเลขโทรศัพท์.....

กลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์รับวัคซีน (กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่อง)

☐ นักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า (ในระบบการศึกษา)

☐ หญิงไทย อายุ 11 - 17 ปี (นอกกระบวนการศึกษา)

☐ หญิงไทยอายุ 18 - 20 ปี

ลำดับที่	จำนวนนักเรียน/กลุ่มเป้าหมาย ที่ประสงค์รับวัคซีน (คน)																			
	ป. 5 หรือ.....		ป. 6 หรือ.....		ม.1 หรือ.....		ม.2 หรือ.....		ม.3 หรือ.....		ม.4 หรือ.....		ม.5 หรือ.....		ม.6 หรือ.....		หญิงไทยที่อายุ 11 - 17 ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18-20 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน		รวม	
	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม

ขอความร่วมมือ ส่ง

แบบสำรวจความประสงค์จะรับวัคซีน HPV (เอกสารหมายเลข 1) , แบบสรุปฯ (เอกสารหมายเลข 3) เป็นไฟล์ Excel

และเอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีนฯ (เอกสารหมายเลข 2)

ไปยังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ทาง E-mail : wiepid@gmail.com ภายในวันที่ 20 ตุลาคม 2566