



สำนักงานเขตพื้นที่จักรพงษ์วรารณ
เลขที่ 0022
วันที่ 10.๘.๖7
เวลา 14.20น.

ที่ กท ๐๗๑๓.๔/ ๐๑๕

ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔ ดินแดง
๔๓๙๕ ถนนประชาสงเคราะห์
ดินแดง กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเข้าพื้นที่มหาวิทยาลัยเพื่อประชาสัมพันธ์และให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่จักรพงษ์วรารณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายแก้ไขปัญหามะเร็งครบวงจร โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส HPV เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มเป้าหมายหญิงไทย อายุ ๑๑ - ๒๐ ปี (ผู้เกิดวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๔๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๕) ที่ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกหรือเคยได้มาแล้ว ๑ เข็ม เกิน ๖ เดือน

ในการนี้ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔ ดินแดง จึงขออนุญาตเข้าพื้นที่มหาวิทยาลัยเพื่อประชาสัมพันธ์และให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้กับนักศึกษาอายุไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์ ในวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. โดยในวันรับบริการผู้ที่ประสงค์ที่จะรับวัคซีนจะต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงและใบยินยอมฉีดวัคซีนที่ลงนามเรียบร้อยแล้วแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันที่ได้รับบริการ ทั้งนี้มอบหมายให้นางสาวพรณิภัสร์ พิมสุวรรณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ประสาน โทรศัพท์ ๐ ๒๒๔๖ ๑๕๕๓ ต่อ ๓๐๗ เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๙๕ ๕๑๐ ๒๙๙๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวเวธกา แสงทิพย์วร)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๔ ดินแดง

งานอนามัยโรงเรียน

โทรศัพท์ ๐ ๒๒๔๖ ๑๕๕๓ ต่อ ๓๐๗

โทรสาร ๐ ๒๒๔๖ ๑๕๕๔



เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบาย “เร่งรัดการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี จำนวน 1 ล้านโดส ร่วมมือ ร่วมใจ หญิงไทยปลอดภัยปากมดลูก” ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีน HPV

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงปี 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 ที่เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุด

วัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ 93 - 95 หากมีการติดเชื้อ HPV ก่อนการฉีดวัคซีนจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันลดลง ภายหลังการฉีดวัคซีนอาจพบปฏิกิริยา ได้แก่ อาการปวดบวมบริเวณที่ฉีด ผื่นแดง คันบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดศีรษะ ในกรณีที่มีฉีดในวัยรุ่นเป็นกลุ่มใหญ่อาจมีความกังวลเรื่องการฉีด หรือกลัวการฉีดวัคซีน จนบางรายมีอาการหน้ามืด เป็นลมหลังได้รับวัคซีน ทั้งหมดมีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติในเวลาไม่นาน และไม่เป็นอันตราย ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน HPV ครบถ้วนตามกำหนด ยังคงมีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อถึงอายุที่เหมาะสมเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน เพราะยังมีสายพันธุ์ที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยวัคซีนที่อาจก่อโรคได้อยู่

การเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน HPV ให้ปฏิบัติตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่างๆ สามารถรับประทานยาประจำได้ตามปกติ หากมีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือไม่แน่ใจ ให้ปรึกษาแพทย์

โปรดศึกษารายละเอียดแล้วนำส่วนนี้ส่งคืนโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน

เอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีน HPV

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขประจำตัวประชาชน 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.....ผู้รับบริการ

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....