



ใบรับรองเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อแก่ผู้รับบริการ  
สำหรับนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

\*\*\*\*\*

ชื่อ-สกุล ..... วันเดือนปีเกิด ..... /..... /..... อายุ ..... ปี  
รหัสประจำตัวนิสิต ..... หมายเลขประจำตัวประชาชน .....

โทรศัพท์ติดต่อ ..... E-mail .....

**\*\*ผู้ที่ศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์หรือก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ต้องดำเนินการแสดงหลักฐานการตรวจว่าเป็นผู้มีภูมิคุ้มกัน/ ได้รับวัคซีนคุ้มกันโรคติดต่อ ดังนี้ (ทั้งนี้ ต้องแนบใบรับรองแพทย์การได้รับวัคซีน หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงระดับภูมิคุ้มกัน)\*\***

1. โรคตับอักเสบบี (ผู้ที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 กำหนดให้ฉีดวัคซีน 1 เข็ม แล้วเจาะเลือดตรวจ anti HBs ภายหลังการฉีดวัคซีน > 4 สัปดาห์ หากพบว่าระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่า 10 IU/ml แสดงว่ามีภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนอีก)

- ฉีดวัคซีน 1 เข็ม เมื่อ .....
- ลงนามแพทย์ผู้ส่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)
- ผลการตรวจ Anti-HBs ห่างจากเข็มแรก 1 เดือน ตรวจเมื่อ ..... (ตั้งเอกสารแนบ)
- ผลการตรวจ positive = ..... IU/mL
- ถ้าผลการตรวจภูมิคุ้มกัน เป็น Negative < 10 IU/mL ต้องดำเนินการต้องดำเนินการฉีดวัคซีนอีก 2 เข็ม
- เข็ม 2 ห่างจากเข็มแรก 1 เดือน ฉีดเมื่อ .....
- ลงนามแพทย์ผู้ส่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)
- เข็ม 3 ห่างจากเข็มแรก 6 เดือน ฉีดเมื่อ .....
- ลงนามแพทย์ผู้ส่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)

2. โรคสุกใส

- มีหลักฐานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคสุกใส อย่างน้อย 2 ครั้ง (ตั้งเอกสารแนบ)
- มีหลักฐานผลการตรวจว่ามีภูมิคุ้มกัน (ต้องระบุระดับVZV antibody IgG) (ตั้งเอกสารแนบ)
- ตรวจเมื่อ ..... ผลการตรวจ .....
- ไม่มีหลักฐานการฉีดวัคซีนและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกันหรือไม่แน่ใจ (ต้องดำเนินการฉีดครบ 2 ครั้ง )
- เข็ม 1 ฉีดเมื่อ .....
- ลงนามแพทย์ผู้ส่ง/พยาบาลผู้ฉีด ..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)
- เข็ม 2 ห่างจากเข็มแรก 1 เดือน ฉีดเมื่อ .....
- ลงนามแพทย์ผู้ส่ง/พยาบาลผู้ฉีด ..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)



ใบรับรองเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อแก่ผู้รับบริการ  
สำหรับนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ชื่อ-สกุล ..... รหัสประจำตัวนิสิต ..... โทรศัพท์ติดต่อ .....

3. โรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

- มีหลักฐานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) อย่างน้อย 2 ครั้ง (ดังเอกสารแนบ)
- มีหลักฐานผลการตรวจว่ามีภูมิคุ้มกัน (ดังเอกสารแนบ)  
ตรวจเมื่อ ..... ผลการตรวจ .....
- ไม่มีหลักฐานการฉีดวัคซีนและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกันหรือไม่แน่ใจ (ต้องดำเนินการฉีดครบ 2 ครั้ง)
- เข็ม 1 ฉีดเมื่อ .....  
ลงนามแพทย์ผู้สั่ง/พยาบาลผู้ฉีด ..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)
- เข็ม 2 ห่างจากเข็มแรก 1 เดือน ฉีดเมื่อ .....  
ลงนามแพทย์ผู้สั่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)

4. โรคบาดทะยัก

- มีหลักฐานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบบาดทะยัก (dT) หรือโรคคอตีบบาดทะยักไอกรน (Tdap) ภายใน 10 ปี (ดังเอกสารแนบ)
- ไม่มีหลักฐานการฉีดวัคซีน (ต้องดำเนินการฉีด 1 เข็ม)
- ฉีดกระตุ้น 1 เข็ม ฉีดเมื่อ .....  
ลงนามแพทย์ผู้สั่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)

5. โรคไข้หวัดใหญ่ (influenza) ต้องฉีดทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง

- มีหลักฐานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ภายใน 1ปี (ดังเอกสารแนบ)
- ไม่มีหลักฐานการฉีดวัคซีน (ต้องดำเนินการฉีด)
- ชั้นปีที่ 2 เข็ม 1 อย่างช้าต้นเดือนตุลาคม ฉีดเมื่อ .....  
ลงนามแพทย์ผู้สั่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)
- ชั้นปีที่ 3 เข็ม 2 อย่างช้าปลายเดือนพฤษภาคม ฉีดเมื่อ .....  
ลงนามแพทย์ผู้สั่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)
- ชั้นปีที่ 4 เข็ม 3 อย่างช้าปลายเดือนพฤษภาคม ฉีดเมื่อ .....  
ลงนามแพทย์ผู้สั่ง/พยาบาลผู้ฉีด..... (.....) (ประทับตราโรงพยาบาล)



ใบรับรองเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อแก่ผู้รับบริการ  
สำหรับนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ชื่อ-สกุล ..... รหัสประจำตัวนิสิต ..... โทรศัพท์ติดต่อ .....

6. วัคซีนโรคปอด รายงานผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก รับเฉพาะผลอ่านเท่านั้น

- ชั้นปีที่ 2** ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เกิน 6 เดือน นับจากวันที่ขึ้นปฏิบัติงานหรือตามที่แหล่งฝึกกำหนด)  
 ปกติ  ผิดปกติ สงสัยเป็นวัณโรค (แสดงหลักฐานการรักษาประกอบ)
- ชั้นปีที่ 3** ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เกิน 6 เดือน นับจากวันที่ขึ้นปฏิบัติงานหรือตามที่แหล่งฝึกกำหนด)  
 ปกติ  ผิดปกติ สงสัยเป็นวัณโรค (แสดงหลักฐานการรักษาประกอบ)
- ชั้นปีที่ 4** ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เกิน 6 เดือน นับจากวันที่ขึ้นปฏิบัติงานหรือตามที่แหล่งฝึกกำหนด)  
 ปกติ  ผิดปกติ สงสัยเป็นวัณโรค (แสดงหลักฐานการรักษาประกอบ)

ขอรับรองว่าได้รับการตรวจสอบแล้วว่า เป็นความจริงทุกประการ

อาจารย์ประจำชั้นปี 2 ลงชื่อ.....  
(.....) วันที่ .../..... /.....

อาจารย์ประจำชั้นปี 3 ลงชื่อ.....  
(.....) วันที่ .../..... /.....

ลงชื่อ.....  
(ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี)

ลงชื่อ.....  
(ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายทรัพยากรการเรียนรู้ พัฒนานิสิตและวัฒนธรรม  
วันที่ ...../...../.....  
ประทับตราคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายทรัพยากรการเรียนรู้ พัฒนานิสิตและวัฒนธรรม  
วันที่ ...../...../.....  
ประทับตราคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ประจำชั้นปี 4 ลงชื่อ.....  
(.....) วันที่ .../..... /.....

ลงชื่อ.....  
(ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายทรัพยากรการเรียนรู้ พัฒนานิสิตและวัฒนธรรม  
วันที่ ...../...../.....  
ประทับตราคณะพยาบาลศาสตร์