



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายส่งเสริมฯ กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม โทร.๐ ๔๕๘๑ ๔๖๗๓

ที่ ศก.๕๑๐๐๘/จ.๑๕๑๕๓ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายนักเรียนหญิงที่จะรับวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

ด้วยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี หรือ วัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตามนโยบายเร่งรัด ๑๐๐ วัน ของกระทรวงสาธารณสุข มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่สองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในที่สุด โดยสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน HPV ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ ๙๓ - ๙๔

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ จึงขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและสำรวจข้อมูลนักเรียนหญิงในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ อายุระหว่าง ๑๑ - ๒๐ ปี ที่ประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตามแบบฟอร์มที่ส่งมาด้วย โดยจัดส่งข้อมูลแบบสำรวจฯ ไปยังอีเมล Narinrat2531@gmail.com ภายในวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ให้ท่านส่งข้อมูลไปยัง กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ เช่นกัน รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ด่วนที่สุด ที่ ศก.๐๐๓๓.๐๐๖/ว ๖๔๕๖ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

(นายมานะพันธ์ อังคสกุลเกียรติ)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

รับที่ 15281

วันที่ 4 ต.ค. 2566

เวลา 13.20 น.

ความที่สุด

ที่ ศก ๐๐๓๓.๐๐๖ / ว๖๕๕๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ต.ก. ๓๓๐๐๑

ตุลาคม ๒๕๖๖

รับที่ 5449

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายนักเรียนหญิงที่จะรับวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (HPV)

เรียน นายกองค้การบริการบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ

เวลา 15.45 น.

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี หรือ วัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตามนโยบายเร่งรัด ๑๐๐ วัน ของกระทรวงสาธารณสุข มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่สองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อผิวหนังปากมดลูก ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในที่สุด โดยสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน HPV ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อมาก่อน อยู่ระหว่างร้อยละ ๙๓ - ๙๕ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ จึงขอความอนุเคราะห์ข้อมูลและสำรวจข้อมูลนักเรียนหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ อายุระหว่าง ๑๑ - ๒๐ ปีที่ประสงค์รับวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาในสังกัดของท่าน ตามแบบฟอร์มที่ส่งมาด้วย โดยจัดส่งข้อมูลแบบสำรวจฯ ไปยังอีเมล Narinrat2531@gmail.com ภายในวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ผู้ประสานงาน คุณณลินรัตน์ เตรียมพิทักษ์ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๘๓๕๒๒๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

Lonk Marn

(นายเสกสรรค์ จวงจันทร์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

๑๗

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

โทร ๐-๔๕๖๑ ๖๐๔๐-๖ ต่อ ๑๐๗

โทรสาร ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๒

๗๐ ร.๑๕๖๖

1. แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน
คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน



2. แบบสรุปลำดับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่าที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV แยกแต่ละสถานศึกษา
คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปลำดับนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา



แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ประวัติการได้รับวัคซีน HPV		ความประสงค์รับวัคซีน HPV			อำเภอ	ชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน
					ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบ	ไม่รับ	รับ 1 เข็ม	รับ 2 เข็ม		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
	รวม										

หมายเหตุ : 1. ไม่รวมกับกลุ่มเป้าหมายที่ สบสช. 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
4. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

แบบสรุบบจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

ที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV แยกแต่ละสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุบบจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)			อำเภอ	ชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน
		ทั้งหมด	รับวัคซีน 1 เข็ม	รับวัคซีน 2 เข็ม		
1	ป. 5 หรือ.....					
2	ป. 6 หรือ.....					
3	ม.1 หรือ.....					
4	ม.2 หรือ.....					
5	ม.3 หรือ.....					
6	ม.4 หรือ.....					
7	ม.5 หรือ.....					
8	ม.6 หรือ.....					
	รวม					

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป

เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีน HPV

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม 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 ที่เนื้อเยื่อผิวปากมดลูกทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุด

วัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่เคยพบติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ 93-95 หากมีการติดเชื้อ HPV ก่อนการฉีดวัคซีนจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันลดลง ภายหลังการฉีดวัคซีนอาจพบปฏิกิริยา ได้แก่ อาการปวดบวมบริเวณที่ฉีด ผื่นแดงคันบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดศีรษะ ในกรณีที่มีไข้ในวัยรุ่นเป็นกลุ่มใหญ่อาจมีความกังวลเรื่องการฉีด 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 : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ที่

โรงเรียน.....

กันยายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข
เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีน HPV ๓

จำนวน 1 ชุด

ด้วยประเทศไทยได้มีนโยบายการให้วัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 2 เข็ม ตามสิทธิประโยชน์ที่ต้องได้รับ ซึ่งเมื่อปี 2562 เกิดสถานการณ์วัคซีน HPV ขาดคร่าวทั่วโลก ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถจัดหาวัคซีน HPV ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเร่งรัดการให้วัคซีน HPV ในหญิงไทยอายุ 11 – 20 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร.