**แบบติดตามผล**

แบบ 1 : ระดับ อปท.

**การฉีดวัคซีนและการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFI)**

**ภายหลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 วัคซีนไฟเซอร์ ฝาสีแดง สำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 4 ปี**

**ข้อมูลทั่วไป**

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.........................................................................................................................................

ตำบล....................................................อำเภอ..........................................จังหวัด.......................................................

สถานศึกษาในสังกัด

โรงเรียนที่จัดการศึกษาระดับปฐมวัย จำนวน...........................แห่ง

1. ชื่อโรงเรียน...................................................................................................................................................................
2. ชื่อโรงเรียน...................................................................................................................................................................
3. ชื่อโรงเรียน...................................................................................................................................................................

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน...........................แห่ง

1. ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.............................................................................................................................................
2. ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.............................................................................................................................................
3. ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.............................................................................................................................................

**ข้อมูลการดำเนินงาน**

**1. การดำเนินงานของสถานศึกษาในสังกัด**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อ** | **กิจกรรม** | **ผลการดำเนินการ** | | **หมายเหตุ** |
| **โรงเรียน** | **ศพด.** |
| 1 | จำนวนเด็กทั้งหมด (คน) |  |  |  |
| 2 | จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีนโควิด 19  วัคซีนไฟเซอร์ ฝาสีแดง (คน) |  |  |  |
| 3 | จำนวนเด็กที่ดำเนินการกรอกข้อมูลตาม  Google Forms ของกระทรวงสาธารณสุข  (https://shorturl-ddc.moph.go.th/1PUUQ) |  |  |  |

**ข้อมูลผู้รายงาน**

ชื่อ-สกุล.......................................................................................................................................................................

ตำแหน่ง .....................................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์..............................................................................................................................................................

**หมายเหตุ:** จัดส่งแบบรายงาน (แบบ 1) ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ภายในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566

\*\*\* ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่