

# บันทึกแจ้งความประสงค์ไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของกรมปศุสัตว์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคระบาดสัตว์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... เป็นเจ้าของสัตว์ (โค จำนวน.....ตัว กระบือ จำนวน.....ตัว) ได้รับทราบคำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโรคเฮโมรายิกเซปติซีเมีย (โรคคอบวม) และโรคปากและเท้าเปื่อยจากเจ้าหน้าที่ของกรมปศุสัตว์ ดังนี้

**โรคเฮโมรายิกเซปติซีเมีย (โรคคอบวม)** เป็นโรคระบาดรุนแรงของโค-กระบือ โดยเฉพาะกระบือจะเป็นโรคนี้ได้ง่าย และมีอาการรุนแรง อาจตายได้ภายใน 24 ชั่วโมง อาการสำคัญของสัตว์ป่วย คือ มีไข้สูง น้ำลายไหล อ้าปากหายใจ หายใจหอบลึก ยึดคอกไปข้างหน้า หายใจมีเสียงดัง ลิ้นบวมจุกปาก หน้า คอ หรือบริเวณหน้าอกจะบวมแข็ง

**โรคปากและเท้าเปื่อย** เป็นโรคระบาดที่สำคัญในโค กระบือ แพะ แกะ และสุกร สัตว์ป่วยมีอาการซึม มีเม็ดตุ่มพอง หรือแผลที่ลิ้น ช่องปาก ริมฝีปากหรือโรกิบ ทำให้สัตว์มีน้ำลายไหล กินอาหารไม่ได้ และเดินกะเผลก ในโคนมอาจมีเม็ดตุ่มที่เต้านมทำให้เต้านมอักเสบ สำหรับลูกสัตว์อาจมีอาการรุนแรงและตายได้

โรคทั้ง 2 โรคที่กล่าวมานี้ สามารถป้องกันได้ โดยการฉีดวัคซีนให้กับสัตว์ของท่าน สำหรับวัคซีนโรคเฮโมรายิกเซปติซีเมียให้ฉีดทุกๆ 1 ปี ส่วนวัคซีนโรคปากและเท้าเปื่อยให้ฉีดทุกๆ 6 เดือน ในโคเนื้อ กระบือ แพะและแกะ แต่ในโคนมให้ฉีดทุกๆ 4 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันและลดความเสียหายที่เกิดขึ้นกับโค กระบือ แพะและแกะของเกษตรกรเอง กรมปศุสัตว์จึงขอให้เจ้าของสัตว์นำสัตว์ของท่านมารับการฉีดวัคซีนจากเจ้าหน้าที่ของกรมปศุสัตว์ และภายหลังฉีดวัคซีนแล้ว ให้สังเกตอาการของสัตว์อย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อดูว่าสัตว์มีอาการผิดปกติจากการแพ้วัคซีนหรือไม่ ซึ่งหากพบสัตว์มีอาการผิดปกติให้แจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์เพื่อทำการแก้ไขทันทีเพื่อลดความสูญเสีย

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากเจ้าหน้าที่ของกรมปศุสัตว์ และอ่านข้อความข้างบนอย่างเข้าใจโดยตลอดแล้ว แต่ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของกรมปศุสัตว์ทำการฉีดวัคซีนป้องกันโรค  เฮโมรายิกเซปติซีเมีย (โรคคอบวม)  โรคปากและเท้าเปื่อย ให้แก่สัตว์ของข้าพเจ้า เนื่องจาก  กลัวสัตว์แท้ง  สัตว์อายุน้อยกว่า 4 เดือน  กลัวสัตว์แพ้วัคซีน  กลัวสัตว์ตาย  จับสัตว์ไม่ได้  อื่นๆ โปรดระบุ.....

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....เจ้าของสัตว์

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ฉีดวัคซีน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)