



2018-2019/管理與組織/107

(學生事務組)

「到校免費季節性流感疫苗注射」事宜

敬啟者：

為鼓勵學童在校內接種季節性流感疫苗以保障健康，並提高學童的接種率，衛生署於2018/19學年推行「疫苗資助計劃」下的「優化外展接種計劃」，為6個月至未滿12歲學童；或12歲或以上但仍就讀於香港小學的兒童提供免費接種服務。

香港聖公會福利協會有限公司轄下的康健天地(觀塘)將到校為學生提供流感疫苗接種服務，家長可自行決定是否讓學生參加。有關活動詳情如下：

接種日期：	2018年11月2日(星期五) (*注意：凡9歲以下從未接種過流感疫苗的學生，會在完成第一針5星期後注射第二針，日期為2018年12月7日。)
疫苗種類：	四價流感疫苗(Fluarix Tetra)
接種地點：	本校禮堂
費用：	免費

如家長欲讓學生參加流感疫苗接種，請填妥下列回條，並連同(1)使用疫苗資助同意書、(2)季節性流感疫苗健康評估表和(3)身份証副本/出身紙副本，於2018年10月12日(五)或之前交回本校。如有任何查詢，可致電本校2320 6066與吳敏機老師聯絡。

此致  
貴家長

校長

梅潔玲

主曆二零一八年十月十日



2018-2019/管理與組織/107

(學生事務組)

( )年級 ( )班 ( )

敬覆者：接九月十四日來函，本人得悉「到校免費季節性流感疫苗注射」事宜。

- 本人  同意敝子弟接種四價流感疫苗(Fluarix Tetra)
- 敝子弟未足九歲，並從未注射過流感疫苗，需接種兩劑流感疫苗
- 敝子弟只需接種一劑流感疫苗
- 不同意敝子弟接受流感疫苗注射。

此覆

聖公會將軍澳基德小學梅校長

學生姓名：( )  
家長簽署：( )  
聯絡電話：( )

主曆二零一八年十月 ( ) 日

\*請在適當的□上填上✓號。

註：班主任請將參加者回條交回吳敏機老師跟進

## 季節性流感疫苗常見問題

### 1. 滅活季節性流感疫苗是否安全？可能有甚麼副作用？

滅活季節性流感疫苗十分安全，除了接種部位可能出現痛楚、紅腫外，一般並無其他副作用。部分人士在接種後 6 至 12 小時內可能出現發燒、肌肉疼痛，以及疲倦等症狀，這些症狀通常會在兩天內減退。若持續發燒或不適，請諮詢醫生意見。如出現風疹塊、口舌腫脹或呼吸困難等較為罕見的嚴重過敏反應，必須立即求醫。一些非常罕見但嚴重的不良情況也可能在接種流感疫苗後出現，如吉-巴氏綜合症（每 100 萬個接種疫苗的人士中約有一至兩宗個案），以及嚴重過敏反應（每分發 1000 萬劑疫苗中有 9 宗個案）。不過，接種流感疫苗與這些不良情況未必一定有因果關係。有研究顯示在感染流感後出現吉-巴氏綜合症的風險（每 100 萬個感染者有 17.20 宗個案）遠比接種流感疫苗後（每 100 萬個接種疫苗的人士中有 1.03 宗個案）為高。

### 2. 誰不宜接種滅活季節性流感疫苗？

對任何疫苗成份或接種任何流感疫苗後曾出現嚴重過敏反應的人士，都不宜接種滅活季節性流感疫苗。對雞蛋有輕度過敏的人士如欲接種流感疫苗，可於基層醫療場所（如健康中心或診所）接種滅活流感疫苗；而曾對雞蛋有嚴重過敏反應的人士，應由專業醫護人員在能識別及處理嚴重過敏反應的適當醫療場所內接種。至於出血病症患者或服用抗凝血劑的人士，應諮詢醫生意見。如接種當日發燒，可延遲至病癒後才接種疫苗。

### 3. 填寫「使用疫苗資助同意書」簡易指南

請瀏覽衛生署衛生防護中心網頁

[https://www.chp.gov.hk/files/pdf/cf\\_quickguide\\_sch\\_tc.pdf](https://www.chp.gov.hk/files/pdf/cf_quickguide_sch_tc.pdf)

### 4. 其他 2018/19 季節性流感疫苗常見問題

請瀏覽衛生署衛生防護中心網頁

<https://www.chp.gov.hk/tc/features/49312.html>，以獲取更多資料

適用於 65 歲以下人士

衛生署  
疫苗資助計劃  
使用疫苗資助同意書

醫健通 (資助) 交易號碼 (由醫生填寫)

注意：請用黑色或藍色筆以正楷填寫本同意書。每次使用疫苗資助，均須重新填寫此同意書。  
在簽署本同意書前，請先閱讀有關上述資助計劃及所接種疫苗資料的單張。  
請在適當位置加上“✓”號及 \* 刪去不適用者。

\*\*\*\*\*  
本人同意使用政府在疫苗資助計劃下提供的資助，為本人 / 本人的子女 / 受監護者 \* 接種本年度的季節性流感疫苗，詳情如下：

醫生姓名	黃國棟醫生	接種日期	2018年11月2日
接種疫苗地點名稱	聖公會將軍澳基德小學		
疫苗種類 (請在適當位置加上“✓”號)			
季節性流感疫苗 <input checked="" type="checkbox"/> 四價 <input type="checkbox"/> 三價	適用於任何 9 歲或以上人士；或 9 歲以下兒童但過往曾接種季節性流感疫苗： <input type="checkbox"/> 本季度唯一一劑季節性流感疫苗 適用於 9 歲以下兒童並在以往季度從未接種季節性流感疫苗： <input type="checkbox"/> 本季度第一劑季節性流感疫苗 <input type="checkbox"/> 本季度第二劑季節性流感疫苗 (註：須注射第二劑流感疫苗的同學會在注射第一劑後，獲發另一張同意書)		

資格聲明 (請在適當位置加上“✓”號及 \* 刪去不適用者)

本人確認本人 / 本人子女 / 受監護者 \* 為香港居民及：

本人正在懷孕

由登記參與計劃的主診醫生確認懷孕：

登記參與計劃的主診醫生簽署確認

本人年齡介乎 50 至未滿 65 歲 (年屆 65 歲或以上長者請使用另一表格)

本人子女 / 受監護者 \* 年齡介乎 6 個月至未滿 12 歲 或 本人子女已年滿 12 歲或以上，現於香港的小學就讀 (請提供學生證或學生手冊副本)

本人子女 / 受監護者 \* 乃智障人士並持有：

殘疾人士登記證 (註明智障)

由註冊醫生發出的醫生證明書以證明本人子女 / 受監護者有資格接受資助接種疫苗

指定的智障人士服務機構負責人所簽發的證明書

(請提供前述證明文件副本)

本人 / 本人子女 / 受監護者 \* 乃領取社會福利署傷殘津貼人士 (請提供傷殘津貼批准信副本)



## 承諾及聲明

1. 本人特此聲明，本人在此同意書中所提供的一切資料，全屬真確。
2. 本人同意把此同意書中本人 / 本人子女 / 受監護者的個人資料及有關是次會診的任何資料供政府用於「收集個人資料目的」所述的用途。本人特此同意醫生將上述個人資料及有關是次會診的任何資料轉交及發放予政府、其代理人或其他獲政府授權的人士。本人備悉當局或會與我聯絡，以核實有關資料及本人 / 本人子女 / 受監護者使用政府資助以接種疫苗事宜。
3. 適用於香港特別行政區智能身份證持有者：本人同意授權醫生讀取儲存在本人 / 本人子女 / 受監護者香港特別行政區智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼，中英文姓名，出生日期和香港身份證簽發日期)，以供政府於「收集個人資料目的」所述的用途。
4. 此同意書受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人及政府須不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄權管轄。
5. 本人已仔細閱讀此同意書及完全理解此同意書中本人的義務和責任。

## 收集個人資料目的聲明

### 收集個人資料目的

1. 所提供的個人資料，會供政府作下列一項或多項用途：
  - (a) 開設、處理及管理醫健通 (資助) 戶口，資助付款，以及執行和監察疫苗資助計劃，包括但不限於通過電子程序與入境事務處的數據核對；
  - (b) 作統計和研究用途；以及
  - (c) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 就是次會診作出的疫苗接種記錄，可給公營及私營醫護人員取得，作為決定及提供服務使用者所需要的醫療服務的用途。
3. 提供個人資料乃屬自願性質。如果你不提供充分的資料，可能無法使用資助。

### 接受轉介人的類別

4. 你所提供的個人資料，主要是供政府內部使用，但政府亦可能於有需要時，因以上第 1、2 段所列收集資料的目的而向其他機構和第三者人士披露。

### 查閱個人資料

5. 根據《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章)第 18 和第 22 條以及附表 1 保障資料原則第 6 原則所述，你有權查閱及修正你的個人資料。本署應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

### 查詢

6. 如欲查閱或修改有關提供的個人資料，請聯絡：  
疫苗計劃辦事處行政主任  
地址：九龍亞皆老街 147C 衛生防護中心二樓 A 座  
電話：2125 2125



## Seasonal Influenza Vaccination Health Assessment and Vaccination Record

### 季節性流感疫苗接種 健康評估表及疫苗接種記錄

I. Information to be completed by service provider 由服務提供者填寫的資料

Name of Doctor-in-charge (負責醫生姓名): 黃國棟醫生  
 Co-hosting Organisation (協辦機構名稱): 康健天地(觀塘)  
 Place of Vaccination (接種疫苗地點): 聖公會將軍澳基德小學  
 Date of Vaccination (接種日期): 2-11-2018  
 Enquiry Telephone Number (查詢電話): 2711 6225

II. Information to be completed by the vaccine recipient\* 由接種者填寫的資料\*

Please put a ✓ in the appropriate box 請在適當方格內加上“✓”號

A. **Seasonal Influenza Vaccination** 季節性流感疫苗接種

<b>Applicable to Inactivated Seasonal Influenza Vaccine</b> 適用於滅活季節性流感疫苗		Yes 有	No 沒有
1	Have you ever received any seasonal influenza vaccination? 你曾否接受流感疫苗接種?		
2	Do you have a history of allergic reaction to egg? 你是否對雞蛋曾出現過敏反應?		
3	Have you ever experienced any limb numbness or weakness after receiving prior seasonal influenza vaccination? 你是否曾在接種流感疫苗後，出現手腳麻痺或無力?		
4	Do you have a history of severe allergic reaction to any vaccine component or a previous dose of any influenza vaccine? 你是否對任何疫苗成分或接種任何流感疫苗後曾出現嚴重過敏反應?		
5	Are you suffering from any bleeding disorders or on anticoagulants? 你是否出血病症患者或正服用抗凝血劑?		

Note: Children under the age of 9 who have never received any seasonal influenza vaccination before need to receive a 2<sup>nd</sup> dose 4 weeks after receiving the 1<sup>st</sup> dose.

注意：9 歲以下從未接種過流感疫苗之小童，需於 4 星期後接種第二劑疫苗

I declare that the information provided is correct and consent to receive the vaccination.

本人聲明以上所提供之資料全屬正確，並同意接受疫苗接種。

Name of participant (English): \_\_\_\_\_ 參加者姓名(中文): \_\_\_\_\_

Daytime Contact Number 日間聯絡電話: \_\_\_\_\_

Date of Birth 出生日期: \_\_\_\_\_ (DD/MM/YY)(日/月/年) Age 年歲: \_\_\_\_\_

Gender 性別: M / F (男 / 女)

Type of HK Identity document 香港身份證明文件: \_\_\_\_\_

Document number 證明文件號碼: \_\_\_\_\_

Signature 簽署: \_\_\_\_\_ Date 日期: \_\_\_\_\_

\* If the vaccine recipient is under the age of 18 or mentally incapacitated, the form should be signed by parent / guardian

若接種者為 18 歲以下或無行為能力，由家長或監護人簽署

**Seasonal Influenza Vaccination Health Assessment and Vaccination Record**  
**季節性流感疫苗接種 健康評估表及疫苗接種記錄**

III. Information to be completed by the healthcare worker providing vaccination 由提供接種的醫護人員填寫的資料

		Yes 有	No 沒有
1	Does the vaccine recipient have fever or flu symptoms on the vaccination day? 於接種當日，接種者是否有發燒或感冒徵狀？		
2.	Does the recipient have high-risk conditions? (For PCV13 vaccination only) 接種者是否有高風險情況？(只適用於十三價肺炎球菌疫苗接種)		

Vaccine given 已接種的疫苗

- Name of Vaccine 疫苗名稱(1): FLUARIX TETRA

Lot No. 批次編號: \_\_\_\_\_ Expiry Date 有效日期: \_\_\_\_\_ (日/月/年)

- Name of Vaccine 疫苗名稱(2): \_\_\_\_\_

Lot No. 批次編號: \_\_\_\_\_ Expiry Date 有效日期: \_\_\_\_\_ (日/月/年)

Name of healthcare worker 醫護人員姓名: \_\_\_\_\_ Signature 簽署: \_\_\_\_\_

-完-