

明愛樂群學校

通告 - 預防流感疫苗注射計劃

(1819-028)

敬啟者：為預防流行性感冒，本校已向「基督教聯合那打素社康服務」預約了注射「流感疫苗」外展服務，詳情如下：

- | | |
|-------|--|
| 注射日期： | 2018年11月12日(星期一) |
| 注射對象： | 本校學生 |
| 注射地點： | 本校護理室 |
| 注射費用： | 免費(由衛生署疫苗資助計劃贊助) |
| 備註： | <ol style="list-style-type: none">9歲以下並且從未注射過流感疫苗的小童，須於完成注射第1針的4星期後注射第2針。家長須自行帶子弟往「基督教聯合那打素社康服務」屬下各健康中心注射第2針。請填寫附上之同意書表格兩份及帶備身份證明副本。如注射當日貴子弟身體不適，請於早上9:15前致電通知學校。如有需要，學校會通知家長向有關機構出示學生的殘疾人士登記證/身份證副本。 |

請貴家長詳閱附上之『預防流感疫苗注射須知』，以決定貴子弟是否接受疫苗注射。填妥回條後，參加者須一併填寫附上之參加者同意書、疫苗資助同意書及學生的身份證副本，於10月12日或以前交回學校。

如有疑問，歡迎致電學校(電話：2691 1281)向校護吳姑娘查詢。

此致

貴家長

明愛樂群學校校長

郭思穎 謹啟

2018年10月5日

回條 - 預防流感疫苗注射計劃
(請以☑表示，於10月12日或以前交回)

(1819-028)

本人為_____組學生_____之家長，已詳閱『預防流感疫苗注射須知』，

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 同意 敝子弟參加流感疫苗注射，並同時交上另附之參加者同意書、疫苗資助同意書及學生的殘疾人士登記證/身份證副本。 |
| <input type="checkbox"/> 不同意 敝子弟參加流感疫苗注射。 |

此覆

明愛樂群學校校長

家長簽署：_____

2018年10月 日

(參加者須連同填妥的參加者同意書、疫苗資助同意書及學生的身份證副本一併交回本校)

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	UCN	接種日期	
接種疫苗地點名稱			
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		

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)

班別：

學號：

服務使用者個人資料 (以身份證明文件所載者為準)	
姓名： _____ (英文) (姓氏) (名字)	_____ (中文) (姓氏) (名字)
出生日期： ____/____/____ (日日/月月/年年年)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證明文件 (請選擇下列其中一項身份證明文件，在適當位置加上“√”號及填寫所需資料) 註：年滿 12 歲或以上人士只可使用香港居民身份證或豁免登記證明書	
<input type="checkbox"/> 香港出生證明書登記號碼：	_____ ()
<input type="checkbox"/> 香港居民身份證號碼： 簽發日期： ____/____/____ (日日/月月/年年)	_____ () 身份證符號標記： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區回港證號碼： 簽發日期： ____/____/____ (日日/月月/年年年)	_____
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區簽證身份書證件號碼： 簽發日期： ____/____/____ (日日/月月/年年)	_____
<input type="checkbox"/> 香港居留期許可證 (ID 235B) 出生登記編號： 獲准逗留至： ____/____/____ (日日/月月/年年年)	_____ ()
<input type="checkbox"/> 非香港旅遊證件號碼簽證 / 參考編號： 簽證 / 參考編號：	_____ _____-_____-____ ()
<input type="checkbox"/> 生死登記處發出被領養兒童的領養證明書記項編號：	_____/_____
<input type="checkbox"/> 豁免登記證明書編號： 檔案編號： 豁免登記證明書編號上的香港身份證號碼： 簽發日期： ____/____/____ (日日/月月/年年年)	_____ _____ _____ ()

我已閱讀及完全理解此同意書中服務使用者的義務和責任及收集個人資料目的。

服務使用者簽署 (如不會讀寫[△]，請印上指模)： _____

聯絡電話號碼： _____

日期： _____

如服務使用者未滿 18 歲 或 精神上無行為能力，才須填寫以下資料：

父母 / 監護人簽署： _____

父母 / 監護人姓名： _____

與接種疫苗者的關係：

父 母 監護人

聯絡電話號碼： _____

日期： _____

[△] 如服務使用者精神上有行為能力但不會讀寫，才須填寫以下資料：

本人見證此同意書已在服務使用者面前朗讀及解釋。

見證人簽署： _____

見證人姓名： _____

香港居民身份證號碼 (只要英文字母及首 3 個數字)： _____

日期： _____

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

2018/19 基督教聯合那打素社區服務
 UNITED CHRISTIAN NETHERSOLE COMMUNITY HEALTH SERVICE
 採用四價預防注射服務

家長/監護人同意書

FLUARIX TETRA (Quadrivalent)
 葛蘭素史克藥廠(GSK) (德國生產)

以下人士須由家長/監護人填寫同意書
 *18歲以下/精神上無認知能力的人士
 *每位參加者須各自填寫一份同意書

甲1) 參加者個人資料(以身份證明文件所載者為準)

姓名(中文): _____ 團體名稱: _____
 (如適用) 學號: _____

年齡: _____ 性別: 男 女
 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

甲2) 「衛生署流感疫苗資助計劃」
 使用人士: 監護人必須同時填寫表格內所有資料
 本人確認本人子女/受監護者為香港居民及符合以下具一身份:
 > 兒童年齡介乎6個月至未滿12歲或正就讀於香港小學
 > 智障人士/正在領取社會福利署殘疾津貼人士
 > 50歲或以上(精神上無認知能力的人士)
 注意: 若未能清楚提供參加者的有效香港居民身分證明文件及其他所需證明文件, 有機會影響申請衛生署資助, 會被要求交回本次疫苗注射費用

香港出生證明書登記號碼: _____ ()
 香港身份證號碼*/其他證明文件號碼: _____
 (*11歲或以上必須填寫有效香港身份證號碼)
 簽發日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

2018/19 基督教聯合那打素社區服務
 UNITED CHRISTIAN NETHERSOLE COMMUNITY HEALTH SERVICE
 採用四價預防注射服務

FLUARIX TETRA (Quadrivalent)
 葛蘭素史克藥廠(GSK) (德國生產)

注射須知

本機構一律採用四價預防注射疫苗(北半球), 可防禦四種流感病毒:
 1. 類甲型/密歇根/45/2015(H1N1)pdm-09 病毒
 2. 類甲型/新加坡/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)病毒
 3. 類乙型/科羅拉多州/06/2017 病毒
 4. 類乙型/布魯/3073/2013 病毒

建議注射流行性感冒疫苗人士
 滿6個月以上人士已經可以接受流感疫苗, 而疫苗尤其適合:
 ■ 孕婦
 ■ 居於安老院舍的長者
 ■ 居於殘疾人士院舍的長期室友
 ■ 50歲或以上人士
 ■ 有長期健康問題人士/有慢性疾病人士
 ■ 醫護人員
 ■ 6個月至11歲(未滿12歲兒童)
 ■ 家禽業從業員
 ■ 從事養豬和屠宰豬隻行業的人士
 ■ 因經常患上流感, 影響工作、學業的人士

注射份量
 ■ 9歲以上人士建議每年需接受疫苗一次, 疫苗有效期的1年
 ■ 若9歲以下的小童過往從未接受過預防注射疫苗, 建議在完成第一針後的四星期後, 注射第二針

接種後反應
 ■ 一般而言, 接受預防性疫苗是非常安全的。
 ■ 注射後的常見反應, 包括接種疫苗後6-12小時內, 出現輕微發熱, 流鼻水, 肌肉疼痛或疲倦等短暫徵狀; 針口週邊位置出現紅/腫/疼痛、疲倦的局部現象, 症狀通常會在二至三天內減退。
 ■ 罕見副作用→患上格林-巴利氏綜合癥(一種神經根病變的疾病)(約一百萬分之一或二之機會)
 → 腦膜炎或腦病變(三百萬分之一之機會)
 → 嚴重過敏反應(一千萬分之九之機會)

除了接種疫苗外, 適當運動、均衡飲食、良好作息、在流感高峯期避免前往人多擠迫的公眾地方、保持良好的個人和環境衛生, 也是預防流感的有效方法。

聯絡我們 (查詢或預約診所注射) **外展部: 2357-4008**

參加者個人健康記錄 (請回答下列問題, 在適當的空格加上☐)

1. 參加者是否第一次接受預防性疫苗注射? 不清楚 是 否

2. 參加者是否對雞蛋/曾接種過的疫苗或藥物有過敏反應?
 若答「是」請註明: 雞蛋過敏反應: 出疹 麻痺、面腫 其他: _____
 疫苗/藥物名稱及反應: _____

3. 參加者是否曾注射流感疫苗後, 出現手脚麻痺/無力或其他過敏反應? 是 否

4. 參加者是否為出血病患者或正服用抗凝血劑(薄血丸)? 是 否

5. (於注射日回答) 注射日時, 參加者是否有發燒/嚴重不適徵狀?
 本人 _____ 乃上列參加者之 家長/監護人 (請刪去不適用), 本人聲明以上資料全屬正確, 並同意本人的 兒/女/受監護人接受 2018/19 預防性疫苗(四價)注射。

家長/監護人簽署: _____ 日期: _____
 如不會寫字, 請印上手印, 並註明所屬之手指
 聯絡電話 (必須填寫): _____

職員專用欄

Prescription: Fluarix Tetra (Quadrivalent) 2018/19 strains 0.5ml 1 dose 2 doses
 UCN: OR WL BKT JD KF TSW CC Medical No.: _____
 Doctor: _____ Signature: _____
 1st dose-injection Record Given by: _____ Date: _____
 Batch No.: _____ 2nd dose-injection Record Given by: _____ Date: _____

不適合注射疫苗人士

- 6個月以下嬰兒
- 對雞蛋、蛋白或流感疫苗成份有過敏反應的人士
- 在注射當日身體嚴重不適或有發熱症狀的人士 (請延後注射時間)
- 曾經患有格林-巴利氏綜合癥 (Guillain-Barre Syndrome) 的人士, 請先向醫生查詢

觀塘
 美善書和樓 社區健康中心
 協和街和蘭御居安樓 26-33號地下
 02344-3444

藍田
 白善理廣田 社區健康中心
 廣田商場 203室
 02340-3022

牛頭角
 聯合那打素 社區健康中心
 牛頭角 彩雲樓55號 彩蘭居一樓
 02230-0200

佐敦
 高第街聯合那打素 社區健康中心
 佐敦道23號 新翼廣場 13樓全層
 02770-8365

大埔
 廣福 社區健康中心
 廣福樓 地下19號
 02638-3946

天水圍
 美善書天水圍 社區健康中心
 天晴邨天晴社區綜合服務大樓 1樓103室
 03156-9000

版權所有 • 翻印必究