

學生疫苗接種同意書 – 鼻腔噴霧型流感疫苗

(請用黑色或藍色墨水以大寫印刷字母填寫清楚)

		月	/	日	/	年
--	--	---	---	---	---	---

學生姓名 (姓) _____ (名) _____ (中間名縮寫) _____ 學生出生日期 _____

	學生是: <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 三胞胎
--	---

學生住址 _____

	州		郵遞區號		() _____ - _____	住居電話
--	---	--	------	--	-------------------	------

學生性別: 男 女

父母/監護人姓名 (姓)	(名)	(中間名縮寫)	白天電話 手機號碼
--------------	-----	---------	--------------

電子郵件地址 _____

學校名稱	年級 (請選擇「●」)
班主任老師姓名 (姓, 名)	<input checked="" type="radio"/> JRK <input type="radio"/> K <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥ <input type="radio"/> ⑦ <input type="radio"/> ⑧ <input type="radio"/> ⑨ <input type="radio"/> ⑩ <input type="radio"/> ⑪ <input type="radio"/> ⑫ 初級幼稚園 幼稚園 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

學生的醫師姓名 (姓, 名)	地址	城市	郵遞區號
----------------	----	----	------

學生健康保險: (請選擇「●」) 「抑制流感在學校中蔓延」計劃是免費的。將不會向您的保險公司收費。

HMSA - PRIVATE KAISER - PRIVATE UNITEDHEALTHCARE - PRIVATE ALOHACARE UHA HMA OHANA 無保險
 HMSA - QUEST KAISER - QUEST UNITEDHEALTHCARE - QUEST CHAMPUS/TRICARE MDX HMAA 不確定 其他: _____

保單號碼 _____

- 下列問題有助於我們判斷您的孩子是否應該接種**鼻腔噴霧型流感疫苗** (活性, 減毒流感疫苗)。每一問題, 請選擇是或否(「●」)。
- | | | |
|--|---|---|
| | 是 | 否 |
|--|---|---|
1. 您的孩子是否會對蛋類或任何流感疫苗的成份產生過嚴重的過敏反應? 是 否
 2. 您的孩子是否會對之前接種過的流感疫苗劑量產生過嚴重反應? 是 否
 3. 您的孩子是否曾患有格林巴利症候群 (一種嚴重的神經系統紊亂疾病)? 是 否
 - 4A. 您的孩子是否曾患有哮喘或哮喘?
 B. 您的孩子是否有慢性疾病? 如心臟病、腎臟病、肺病、認知、神經或神經肌肉疾病、肝臟疾病, 或代謝性疾病如糖尿病, 或血液系統疾病如貧血。 是 否
 5. 您的孩子是否有因癌症、癌症治療, 例如放射線或藥物、愛滋病毒/愛滋病, 或其他疾病引起的免疫系統功能減弱? 您的孩子目前是否服用如類固醇等藥物, 導致免疫系統功能減弱? 是 否
 6. 您的孩子是否與患有嚴重的免疫系統功能減弱, 需要在受保護的環境下給予特殊照顧的人住在一起或與其有密切接觸? 是 否
 7. 您的孩子目前是否服用阿斯匹靈或含有阿斯匹靈的藥物? 是 否
 8. 您的孩子目前是否服用防治流感的處方藥 (例如, 克流感®或瑞樂沙®)? 是 否

若對上述任一問題您回答「是」、沒有回答或者對問題答案不確定, 您的孩子將不能透過學校疫苗接種計劃接種**鼻腔噴霧型流感疫苗**, 但可能可以接種**注射型流感疫苗** (參見「綠色」的**注射型流感疫苗同意書**)。

子女接種疫苗同意聲明: 本人已收到並閱讀了關於 2013-14 活性**鼻腔噴霧型流感疫苗**的接種資訊聲明。接種 MMR (麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗) 或水痘疫苗的四週之內不能接種**鼻腔噴霧型流感疫苗**, 因此本人會通知孩子的醫師, 孩子將於 2013 年 10 月至 12 月期間在學校接種**鼻腔噴霧型流感疫苗**。本人了解相關的風險和益處, 並同意夏威夷州衛生部及其授權之人員, 為本人 (此表格最上端指定) 的孩子接種**鼻腔噴霧型流感疫苗**, 並得與孩子的醫師及醫療保險公司分享孩子接種**流感疫苗**的相關資訊。本人同意放棄並免除因「抑制流感在學校中蔓延」計劃導致或與其相關的損害, 向夏威夷州、與夏威夷健康計劃協會負有連帶責任的各方, 以及計劃的其他所有贊助單位提出索賠。此外, 本人已收到夏威夷預防注射登記的相關資料 (參見背面)。

簽字/家長或監護人 _____ 日期: ____/____/____

FOR ADMINISTRATIVE USE (行政專用)

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Size	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Live, intranasal influenza vaccine	/ /	0.2 ml	Intranasal	MedImmune		/ /	/ /	

Reason **FLU NASAL SPRAY** NOT given: Student had temperature of 100.5° or higher Student refused **FLU NASAL SPRAY**
 Student's consent form incomplete Student absent
 Other: _____

登記表中所包含的資訊

- 免疫資訊，包含但不限於疫苗類型、接種疫苗日期、接種疫苗地點及方式、生產批號、有效日期、病人的疫苗可預防疾病的歷史、禁忌徵象、預防措施、有害反應和/或相關接種評論。
- 個人資訊，包含但不限於個人的姓、名、中間名、出生日期、性別、郵件地址、電話號碼、父母/監護人姓名、父母/監護人與個人的關係、其聯繫方式，及母親的本名。

保密及隱私資訊

所有授權使用者及衛生署免疫科承認《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA) 的隱私原則 (PL 104-191 及 45 條 160 和 164 部份, 「個人健康識別資訊隱私標準」), 並根據個人受隱私法原則保護的準則管理使用和揭露個人識別資訊。儘管以《健康保險攜帶與責任法案》(HIPAA) 的隱私標準為指導協助制定《登記保密及隱私政策》, 但登記處和衛生署免疫科並不是 HIPAA 的「受規範主體」。資訊提供者、健康計劃及其他授權使用的受規範主體必須遵守《健康保險攜帶與責任法案》隱私原則。

登記資訊由授權使用者輸入和應用, 只可用於經過授權的用途。所有授權的使用者都應保護參與者的隱私, 依據《夏威夷免疫登記保密和隱私政策》、《夏威夷免疫登記安全政策》以及適用的州立和聯邦法律保護登記的保密資訊。

授權使用者 登記處的授權使用者可以包括個人和/或其他為具體病人提供免疫服務而需要經常接觸病人免疫和其他個人保密健康資訊的實體, 使用者將公共或個人的免疫資訊保存在電腦中, 通過評估免疫接種狀況, 確定免疫接種率, 以及/或確保符合強制性的免疫要求。所有授權使用者都需要簽署《夏威夷免疫登記保密和安全聲明》, 他們都接受《夏威夷免疫登記保密和隱私政策》及《夏威夷免疫登記安全政策》, 了解政策中的條款, 其中包括違反政策的相關懲罰, 並且同意遵守政策。

健康免疫科的相關部門負責監督登記過程, 因此被指定為授權使用者。 **登記表**

資訊的用途 (授權用途)

免疫登記表資料及其他個人保密健康資訊將由授權使用者用於以下用途:

- 整合、保存和瀏覽電腦免疫記錄;
- 整合和保存免疫記錄資訊;
- 確定個人的免疫史並為其提供相應的醫療服務;
- 針對個人到期或逾期未接種疫苗或疫苗召回事件, 起草通知;
- 利用登記表提供的免疫預測工具, 制定最新的複雜的免疫流程;
- 評估患病人口 (或其中的一部份) 的免疫率;
- 產生官方免疫記錄 (例如學生健康紀錄);
- 確保遵守強制性免疫要求;
- 記錄為潛在重大疾病威脅而準備及應對所管理的和分配的預防及治療藥品的分發;
- 遵守《夏威夷兒童免疫項目及其它州政府提供的免疫項目》的疫苗訂購及免疫責任政策和程序; 以及
- 衛生署免疫科酌情決定的其他用途。

免疫登記資料及其他個人保密健康資訊可以由衛生署免疫科用於包括但不限於以下用途的公共健康目的:

- 確保遵守強制性免疫要求;
- 從事品質改善/品質評估活動;
- 遵守《夏威夷兒童免疫項目及其它州政府提供的免疫項目》的疫苗訂購及免疫責任政策和程序;
- 預防和控制可預防性免疫疾病及其他公共健康事件的爆發;
- 制定免疫評估報告, 協助完善提高公共健康的政策和策略;
- 管理和維護登記系統; 以及
- 衛生署免疫科酌情決定的其他用途。

免疫資訊的應用 個人免疫資料及登記表中其他個人健康保密資訊, 僅供疫苗衛生署及其他登記表授權使用者用於指定目的。

自願退出

個人可以不選擇將含有其或其子女的免疫資訊進行登記 (「自願退出」)。個人必須書面申請自願退出, 可以填寫由個人免疫醫務人員或衛生署免疫科提供的「夏威夷免疫登記退出表」。登記表中將只保留用以識別已選擇自願退出登記的個人所必要的核心人口統計資訊。欲使在登記時可以為個人過濾並拒絕登記免疫資訊, 則人口統計資訊必不可少。核心人口統計資料將僅供夏威夷衛生署使用並不會向其他登記授權用戶顯示。個人決定不授權在登記表中包括免疫資料不影響他們是否接種免疫疫苗。

撤銷

個人可以隨時撤銷提交的夏威夷免疫登記資訊表。個人必須書面申請撤銷, 可以填寫由個人免疫醫務人員或衛生署免疫科提供的「夏威夷免疫登記撤銷表」。

個人有權查閱、複製、更正或修改個人資訊和免疫資訊 個人可以透過其或其子女的個人免疫醫務人員或衛生署免疫科的相關部門查閱、複製、更正或修改其或其子女的免疫紀錄。關於如何查閱、複製、更正或修改您和您子女的資訊, 請與您的醫生交談, 致電衛生署免疫科的相關部門: 586-4665 (歐胡島) 或 1-888-447-1023 (相鄰島嶼)。或提交您的要求至電子郵件信箱: RegistryHelp@doh.hawaii.gov。

疑問?

如對登記表有任何疑問, 請與您的醫生交談, 致電衛生署免疫科: 586-4665 (歐胡島) 或 1-888-447-1023 (相鄰島嶼), 或提交您的要求至電子郵件信箱: RegistryHelp@doh.hawaii.gov, 或瀏覽我們的網站: <http://hawaii.gov/health/immunization/HIR.html>。

流感疫苗

市民须知

(流感疫苗、活疫苗、鼻内免疫)

2013-2014

许多疫苗信息声明都包括西班牙语和其它语言版本。请参见网站 www.immunize.org/vis

Hojas de Información Sobre Vacunas están disponibles en Español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 为什么要接种疫苗？

流行感冒（“流感”）是一种传染病，每年冬季都会在美国传播，通常为10月至第二年5月。

流感是流感病毒引发的，可通过咳嗽、打喷嚏和密切接触传播。

任何人都有可能得流感，但儿童的风险最高。症状会突然出现并有可能持续数天。这些症状包括：

- 发烧/打寒战
- 喉咙痛
- 肌肉酸痛
- 疲乏
- 咳嗽
- 头痛
- 流鼻涕或鼻子不通

患上流感时，有些人的病情比其他人更严重。这些人包括幼儿、65岁及以上年龄人士、孕妇和有特定健康问题的人士：例如心脏、肺部或肾脏有病，或免疫系统虚弱。流感疫苗对这些人以及与这些人密切接触的人特别重要。

流感还会引发肺炎，并导致现有健康状况恶化。流感会引发儿童腹泻、抽搐。

美国每年都有数千人死于流感，因此而住院的人更多。

接种流感疫苗是预防流感及其并发症的最佳保护措施。流感疫苗还能帮助防止流感在人与人之间传播。

2 减毒活流感疫苗 — LAIV、鼻喷雾剂

流感疫苗有两种：

您要接种的是**减毒活流感疫苗**（即LAIV），采用喷入鼻腔的方式接种。“减毒”指使病毒衰减。这种疫苗中的病毒已做过衰减处理，不会致病。

另一种疫苗被称为“流感预防针”，是一种**灭活疫苗**（不含活病毒）。这种疫苗通过注射接种。

这种疫苗另有“疫苗信息声明”介绍。

建议大家每年都接种流感疫苗。6个月至8岁儿童头一年接种时应当接种两剂疫苗。

流感病毒总在变化。每年的流感疫苗都根据当年的情况制造，用来预防最有可能致病的病毒。尽管接

种流感疫苗无法预防所有流感，它却是我们预防流感的最佳措施。LAIV能预防4种不同的流感病毒。

接种后大约需要2周时间方可发挥保护作用，保护期为数月至一年。

人们经常会将有些并非由流感病毒引发的疾病误认为流感。流感疫苗无法预防这类疾病。它只能预防流感。

2至49岁人士都可以接种LAIV，孕妇除外。可以在接种其它疫苗的同时安全地接种该疫苗。

LAIV不含硫柳汞或其它防腐剂。

3 有些人不能接种该疫苗

若您有以下状况，请告诉给您接种疫苗的人：

- 您有**严重（威胁生命的）过敏**，包括对鸡蛋过敏。接种过一剂流感疫苗后，如果您曾出现威胁生命的过敏反应，或对该疫苗的任何部分严重过敏，请不要接种。
- 您曾患**格林-巴利综合征**（一种严重的瘫痪性疾病，又被称为GBS）。部分有GBS病史的人不能接种该疫苗。请和您的医生讨论能不能接种。
- 如果您过去**4周**接种过其它疫苗，或您感觉身体不适。他们可能会建议您等待。但您应当回来接种。
- 若您有以下任何状况，请选择**注射针剂**而不是**接种鼻喷雾剂**：
 - 怀孕
 - 免疫系统虚弱
 - 有特定的长期健康问题
 - 是幼儿且有哮喘或哮喘
 - 是儿童或青少年且长期服用阿司匹林
 - 与因为免疫系统极弱而需要特殊护理的人士有密切接触
 - 不到2岁或超过49岁。（6个月以上儿童可以注射流感预防针。6个月以下儿童不能接种任何一种疫苗。）

为您接种疫苗的人可以提供详细信息。



4 有疫苗反应的风险

和任何药物一样，疫苗也可能产生副作用。这些副作用通常很轻微，会自行消失。

严重副作用也有可能产生，但很罕见。LAIV使用衰减病毒制造，不会引发流感。

接种LAIV之后已有报道的轻微问题：

2-17岁的儿童和青少年：

- 流鼻涕、鼻子不通或咳嗽
- 发烧
- 头痛和肌肉酸痛
- 哮喘
- 腹痛或不时呕吐或腹泻

18-49岁的成人：

- 流鼻涕或鼻子不通
- 喉咙痛
- 咳嗽、打寒战、疲倦/无力
- 头痛

接种LAIV之后可能会出现严重问题：

- 接种任何疫苗之后都有可能出现严重的过敏反应（根据估计，每100万剂中不到1剂会有这种情况）。

我们一直在对疫苗的安全性进行监控。详情请访问网站：www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 出现严重反应怎么办？

我应当留心哪些方面？

- 留心任何会让您担心的问题，例如严重过敏反应的迹象、温度很高的高烧或行为改变。

严重过敏反应的迹象可包括皮疹、面部和喉咙肿胀、呼吸困难、心跳加速、眩晕和无力。这些症状可能会在接种疫苗后的几分钟至几个小时内发生。

我应该怎么办？

- 如果您认为这是严重过敏反应或其它不宜拖延的紧急情况，请拨打9-1-1或将患者送往最近的医院。否则，请打电话给您的医生。
- 过后请向疫苗不良反应事件报告系统(VAERS)报告。医生可能会提交该报告，您也可以自己通过VAERS网站提交报告，网址：www.vaers.hhs.gov，还可以拨打**1-800-822-7967**。

VAERS只能用来报告过敏反应。该系统不提供医疗建议

6 国家疫苗伤害补偿计划

国家疫苗伤害补偿计划(VICP)是一项联邦计划，旨在为因特定疫苗而受伤的人士提供补偿。

若有人认为自己因疫苗而受到伤害，请拨打**1-800-338-2382**或访问VICP网站www.hrsa.gov/vaccinecompensation，了解该计划和提交补偿申请的详情。

7 我如何了解更多信息？

- 询问您的医生。
- 打电话给本地或州卫生部门。
- 和疾病控制与预防中心(CDC)联系：
 - 拨打**1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)**或
 - 访问CDC的网站www.cdc.gov/flu

疫苗信息声明（暂行）

减毒活流感疫苗

2013年7月26日

42 U.S.C. § 300aa-26

仅限办公室使用

