



STATE OF HAWAII
DEPARTMENT OF HEALTH
P. O. BOX 3378
HONOLULU, HI 96801-3378

In reply, please refer to:
File:

참고 사항: 본 문서는 온라인에서 작성할 수 있는 전자 예방접종 동의서 형식으로 이용하실 수 있습니다. 온라인 버전은 다음 웹사이트를 방문해주시오. <https://vaxonlinereg.doh.hawaii.gov>

2020년 8월

학부모 또는 보호자님께:

유치원생부터 8학년 학생까지 무료 독감 예방접종을 받을 수 있는 스톱 플루 앳 스쿨(Stop Flu at School) 프로그램이 2020년 10월부터 진행됩니다. 이 프로그램은 하와이주 보건부와 교육부로부터 해당 학교에 지원하는 프로그램입니다.

독감 예방접종은 스톱 플루 앳 스쿨 프로그램을 통해 자녀분의 **학교에서 2020년 10월 또는 11월에** 제공됩니다. 구체적인 날짜와 시간은 추후 학교에서 공지됩니다.

자녀가 학교에서 **무료 독감 예방접종을 받기를** 원하신다면:

1. 첨부된 인플루엔자(독감) 백신(비활성화 또는 재조합 백신)에 대한 예방접종 정보 설명서를 읽으십시오.
2. 첨부된 동의서를 작성하십시오.
 - 모든 질문에 답변하셔야 합니다
 - 동의서에 서명하시고 날짜를 기재하셔야 합니다.
3. 2020년 8월 20일 목요일까지 작성된 동의서를 자녀의 담임선생님에게 제출해 주십시오.

예방접종날은 학교당 하루만 이루어집니다. 자녀가 2차 독감 백신을 접종받아야 될 경우(자녀의 연령이 8세 이하이며 독감 예방접종을 처음 받는 경우), 2차 예방접종을 받을 수 있도록 의사와 일정을 잡으십시오.

주의: 스톱 플루 앳 스쿨 프로그램은 자발적인 프로그램입니다. 자녀가 학교에서 예방접종을 받길 원하지 않으실 경우 작성된 동의서를 학교에 제출하지 마십시오.

중요 사항: 동의서를 학교에 제출했으나 자녀가 예정된 학교 예방접종 시행일 이전에 주치의 병원에서 독감 예방접종을 받게 될 경우 예정된 예방접종 시행일 이전에 학교에서 자녀의 동의서를 돌려받아 자녀가 다시 예방접종을 받지 않도록 해야합니다.

스톱 플루 앳 스쿨 프로그램에 대한 자세한 정보는 <http://flu.hawaii.gov/SFAS.html> 을 방문하시거나 2-1-1(월-금, 오전 7시-오후 5시)번으로 문의해주시오.

감사합니다

Sarah Y. Park, M.D., F.A.A.P.
주 전염병학자

백신 안내문

인플루엔자(독감) 백신(사백신 또는 재조합) 백신에 관한 정보

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

백신 정보 안내문은 스페인어 및 다른 언어로도 제공됩니다. www.immunize.org/vis를 참조하십시오.

1 백신 접종은 왜 하는 건가요?

인플루엔자 백신은 인플루엔자(독감)를 예방할 수 있습니다.

독감은 매년 보통 10월에서 5월 사이에 미국에서 유행하는 전염병입니다. 독감은 누구나 걸릴 수 있지만 특히 더 위험한 사람들이 있습니다. 영유아 및 65세 이상 고령자, 임산부, 특정 질환이 있거나 면역력이 약한 사람은 독감 합병증이 발생할 위험이 가장 높습니다.

폐렴, 기관지염, 부비동염, 중이염 등이 독감과 관련된 합병증입니다. 심장병, 압, 당뇨 등의 질환을 앓고 있는 경우 독감으로 증상이 심해질 수 있습니다.

독감에 걸리면 발열, 오한, 목 아픔, 근육통, 피로감, 기침, 두통, 콧물, 코막힘 등의 증상이 발생할 수 있습니다. 어른보다 어린이에게서 더 일반적이지만 구토와 설사를 하는 경우도 있습니다.

미국에서는 매년 수천 명이 독감으로 사망하며, 그보다 더 많은 사람들이 독감으로 입원하고 있습니다. 독감 백신으로 매년 수백만 건의 질병 및 독감과 관련된 진료를 예방할 수 있습니다.

2 인플루엔자 백신

CDC는 생후 6개월 이상부터는 매 독감 시즌마다 백신을 접종하도록 권장하고 있습니다. 생후 6개월부터 8세까지의 어린이는 한 시즌 동안 **최** 접종해야 할 수도 있습니다. 그 밖의 사람들은 한 시즌에 1회 접종하면 됩니다.

접종 후 약 2주 후부터 예방이 가능합니다.

독감 바이러스의 종류는 많으며 항상 바뀝니다. 다가오는 독감 시즌에 독감을 유행시킬 것으로 예상되는 3~4종류의 바이러스를 예방하기 위해 매년 새로운 독감 백신이 생산됩니다. 백신이 이러한 바이러스와 정확히 맞지 않는다고 해도 여전히 어느 정도 예방이 가능합니다.

인플루엔자 백신은 독감을 일으키지 않습니다.

인플루엔자 백신은 다른 백신과 동시에 접종 가능합니다.

3 담당 의사와 상의하세요

백신을 맞는 사람이 다음과 같은 경우 담당 의사에게 말씀해 주십시오.

- 이전에 인플루엔자 백신 접종 후 알레르기 반응이 있었거나, 심각하고 생명에 위협이 되는 알레르기가 있는 경우
- 길랭 · 바레 증후군이 있는 경우

의사가 인플루엔자 접종을 다음으로 연기할 수도 있습니다.

감기 등의 가벼운 질병에 걸린 경우에는 접종을 할 수 있습니다. 중간 정도나 심하게 아픈 경우에는 보통 회복 후 접종해야 합니다.

담당 의사가 자세한 사항을 알려줄 것입니다.



4 백신 이상 반응 위험

- 인플루엔자 백신 접종 이후 접종 부위의 통증, 발적, 부기, 발열, 근육통, 두통 등이 발생할 수 있습니다.
- 사백신 접종 후(독감 주사) 길랭·바레 증후군이 발생할 위험이 아주 약간 높아질 수도 있습니다.

페렴구균 백신(PCV13) 및/또는 DTap 백신과 동시에 독감 백신을 접종한 아동에게 발열로 인한 발작이 일어날 가능성이 약간 더 있습니다. 독감 백신을 접종한 아동이 발작을 일으키는 경우 담당 의사에게 말씀해 주십시오.

백신 접종을 포함한 의료 시술 이후 실신하는 사람도 종종 있습니다. 어지러움 또는 시력 변화나 이명이 있는 경우 담당 의사에게 말씀해 주십시오.

다른 의약품과 마찬가지로, 매우 희박하지만 백신으로 인해 심각한 알레르기 반응, 심각한 부상 또는 사망에 이를 가능성이 있습니다.

5 심각한 이상 반응이 있는 경우에는 어떻게 합니까?

백신 접종을 마친 사람이 진료소에서 나온 후 알레르기 반응이 일어날 수 있습니다. 심각한 알레르기 반응의 징후(두드러기, 얼굴과 목의 부기, 호흡 곤란, 빠른 심장박동, 어지러움, 쇠약감)가 있는 경우 911로 연락하고 가장 가까운 병원으로 데리고 가십시오.

우려가 되는 다른 징후가 있는 경우 담당 의사에게 연락하십시오.

이상 반응은 VAERS(Vaccine Adverse Event Reporting System, 백신 이상 반응 보고 시스템)에 보고해야 합니다. 이 보고서는 보통 담당 의사가 제출하고, 환자가 직접 할 수도 있습니다. VAERS 웹사이트 www.vaers.hhs.gov를 참고하거나 1-800-822-7967로 연락하여 주십시오. VAERS는 이상 반응을 보고하기 위한 곳일 뿐, 담당 직원이 의학적 조연을 하지는 않습니다.

6 백신 피해 보상 프로그램 (National Vaccine Injury Compensation Program)

VICP(National Vaccine Injury Compensation Program, 백신 피해 보상 프로그램)은 특정 백신으로 인해 피해를 입은 사람들을 보상하기 위한 연방 프로그램입니다. 이 프로그램 및 보상 청구에 관한 사항은 VCIP 웹사이트 www.hrsa.gov/vaccinecompensation을 참고하거나 1-800-338-2382로 연락하여 주십시오. 보상 청구 신청에는 기한이 있습니다.

7 더 자세한 내용을 알아보려면 어떻게 합니까?

- 담당 의사에게 문의하십시오.
- 지역 또는 주 보건부서에 문의하십시오.
- CDC(질병통제예방센터)에 문의하십시오.
-전화: 1-800-232-4636(1-800-CDC-INFO)
-CDC 웹사이트: www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
**Inactivated Influenza
Vaccine**



Office use only

8/15/2019 | Korean | 42 U.S.C. § 300aa-26

학생 예방접종 동의서 - 독감 예방접종

(검은색 또는 파란색 잉크를 사용하여 읽기 쉬운 정자체로 작성해주시오)

월 일 년

성	이름	중간이름	생년월일	년	월	일
주소						
도시	주	우편번호	쌍둥이 여부: <input type="checkbox"/> 쌍둥이 <input type="checkbox"/> 세 쌍둥이		학생의 성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	

학부모/보호자 집 전화 ()	학부모/보호자 낮에 연락 가능한 전화번호 ()	학부모/보호자 휴대전화 번호 ()
학교 이름	학년 (한 개 선택 "●")	
담임 선생님 이름 (성, 이름)	<input 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 JRK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
학생 담당 의사 이름 (성)	(이름)	
학생 건강보험: (한 개 선택 "●") 스톱 플루 앳 스쿨 프로그램은 무료입니다. 귀하의 보험 회사에 비용이 청구되지 않습니다. <input type="radio"/> HMSA-민영 <input type="radio"/> KAISER-민영 <input type="radio"/> UNITEDHEALTHCARE-민영 <input type="radio"/> ALOHACARE <input type="radio"/> UHA <input type="radio"/> HMA <input type="radio"/> OHANA <input type="radio"/> 무보험자 <input type="radio"/> HMSA-QUEST <input type="radio"/> KAISER-QUEST <input type="radio"/> UNITEDHEALTHCARE-QUEST <input type="radio"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="radio"/> MDX <input type="radio"/> HMAA <input type="radio"/> 기타 _____		
보험 증권 번호		

아래 질문은 귀하의 자녀가 독감 예방접종(인플루엔자 비활성화 백신)을 받을 수 있는지 확인하는 데 도움이 됩니다. 각 질문에 예 또는 아니요 ("●")를 선택하십시오.

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| | 예 | 아니요 |
| 1. 자녀가 달걀 또는 독감 백신의 성분에 심한 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 자녀가 이전에 독감 예방접종에 심각한 반응을 보인 적이 있습니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 자녀가 길랭-바레 증후군(심각한 신경계 장애)을 경험한 적이 있습니까? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

'예'라고 답변한 질문 또는 빈 칸으로 비워둔 질문이 한 개라도 있을 경우, 또는 위 질문 중 답변을 확신할 수 없는 질문이 있을 경우 자녀는 학교 예방접종 프로그램을 통해 독감 예방접종(인플루엔자 비활성화 백신)을 받을 수 없습니다. 자녀의 의사와 상담하십시오.

자녀 예방접종 동의: 저는 인플루엔자(독감) 백신(비활성화 또는 재조합 백신)에 대한 예방접종 정보 설명서인 2019년 8월 15일자 *알아야 할 사항*을 받았으며 읽었습니다. 관련 위험과 혜택에 대해서 이해하고 있으며 문서 위쪽에 기재된 본인의 자녀를 대신해서 부모 또는 법적인 보호자로서 본인의 자녀가 **독감 접종**을 받는데 동의하며 본인의 자녀의 인플루엔자 백신 접종과 관련된 정보를 본인 자녀의 담당 의사와 본인 자녀의 건강보험 회사와 함께 공유하는 것에 대해서 동의합니다. 저는 하와이주, 하와이 의료보험 협회의 모든 기여 구성원, 그 외 스톱 플루 앳 스쿨 프로그램과 관련이 있거나 이를 통해 발생한 모든 프로그램 지원자에 대한 모든 청구권을 포기 및 면제하는 데 동의 합니다. 저는 하와이 예방접종 등록소(뒷면 참조)와 관련한 정보 또한 수신하였습니다.

학부모 또는 법적 보호자 이름(정자체로 작성해주시오) 학부모 또는 법적 보호자 서명 날짜

FOR DEPARTMENT OF HEALTH USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Size	Site	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Inactivated influenza vaccine	/ /	0.5 ml	LA RA	IM			/ /	/ /	

FLUSHOT NOT given: Refused
 Absent
 Other:

하와이 예방접종 등록소 정보

등록소에 보관되는 정보

- 백신 유형, 백신 투여일, 백신 투여 현장 및 경로, 로트 번호, 만료일, 부모의 백신 예방 가능 질병 이력, 금지사항, 주의사항, 부작용 및/또는 예방접종 관련 의견을 포함하나 이에 국한되지 않는 예방접종 정보
- 개인의 이름, 가운데 이름, 성, 생년월일, 성별, 우편 주소, 전화번호, 부모/보호자 이름, 부모/보호자와 개인의 관계, 연락처 정보, 어머니의 혼인 전 성을 포함하나 이에 국한되지 않는 개인정보

기밀 및 개인정보

모든 허가된 사용자 및 보건부 예방접종 부서는 개인정보보호 규칙의 대상이 되는 독립체가 건강보험 정보의 이전 및 그 책임에 관한 법률(HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act)의 개인정보보호 규칙(PL 104-191 및 45 CFR 파트 160 및 164, "개인보건의료정보의 보호에 관한 표준")에 따라 개인을 식별할 수 있는 정보를 사용 및 공개해야 한다는 점을 인지하고 있습니다. 등록소 기밀유지 및 개인정보보호 정책 개발 시 개인정보보호에 대한 HIPAA 표준이 가이드로 사용되었으나 등록소 및 보건부 예방접종 부서는 HIPAA가 "적용되는 독립체"가 아닙니다. 허가된 사용자인 제공자, 의료보험 및 기타 적용 독립체는 HIPAA 개인정보보호 규칙을 반드시 준수해야 합니다.

등록소 정보는 허가된 사용자가 허가된 목적을 위해서만 입력하고 이용할 수 있습니다. 모든 허가된 사용자는 하와이 예방접종 등록소 기밀유지 및 개인정보보호 정책, 하와이 예방접종 등록소 보안 정책, 모든 해당 주 및 연방 법률에 따라 등록소 내 기밀 정보를 보호함으로써 환자 참여자의 개인정보를 보호해야 합니다.

허가된 사용자

등록소의 허가된 사용자에는 특정 환자에게 예방접종 서비스를 제공하거나 공공 및 민간 백신 재고의 컴퓨터화된 재고품 목록을 유지하거나 예방접종 상태를 평가하여 예방접종 비율을 계산하거나 필수 예방접종 요건에 대한 준수를 보장하기 위해 환자 예방접종 및 기타 개인 식별 의료 정보에 정기적으로 접근해야 하는 개인 및/또는 독립체가 포함될 수 있습니다. 모든 허가된 사용자는 하와이 예방접종 등록소 기밀유지 및 개인정보보호 정책 사본과 하와이 예방접종 등록소 보안 정책 사본을 제공받았으며 정책 위반 시 처벌을 비롯한 조항을 이하고 정책에 따른 것에 동의한다고 명시하는 하와이 예방접종 등록소 기밀유지 및 보안 설명문에 서명해야 합니다.

보건부 예방접종 부서는 등록소를 감시할 책임이 있으며, 이에 따라 허가된 사용자로 지정됩니다.

등록소 정보의 사용(허가된 목적)

허가된 사용자는 다음 목적을 위해 등록소 예방접종 데이터 및 기타 개인 식별 의료 정보를 활용하게 됩니다.

- 컴퓨터화된 예방접종 기록의 통합, 유지 및 접근
- 백신 재고 정보의 통합 및 유지
- 개인의 예방접종 내역 확인 및 이에 합당한 의료 서비스 치료 제공
- 예방접종 날짜가 다가오거나 지난 개인을 위한 안내 및 백신 리콜 시 안내 생성
- 등록소 제공 예방접종 예보 도구를 활용하여 복잡한 예방접종 일정 파악
- 환자 모집단(또는 그 하위군)의 예방접종 비율 평가
- 공식적인 예방접종 기록(예: 학생의 의료 기록) 생성
- 필수 예방접종 요건 준수 보장
- 잠재적으로 재앙이 될 질병의 위험에 준비하거나 이에 대응하기 위해 투여 또는 조제된 예방 및 치료 의약품의 배부를 기록
- 하와이 소아 무료 백신 및 기타 주 제공 백신 프로그램의 백신 지시 및 의무 정책 및 절차의 준수
- 보건부 예방접종 부서의 재량에 따라 판단된 기타 목적

보건부 예방접종 부서가 아래 목적을 포함하나 이에 국한되지 않는 공중 보건 목적으로 등록소 예방접종 데이터 및 기타 개인 식별 의료 정보를 사용할 수 있습니다.

- 필수 예방접종 요건 준수 보장
- 품질 개선/품질 평가 활동 수행
- 하와이 소아 무료 백신 및 기타 주 제공 백신 프로그램의 백신 지시 및 의무 정책 및 절차의 준수
- 백신으로 예방 가능한 질병 및 기타 공중 보건 비상상황의 발생 예방 및 관리
- 공중 보건을 개선하기 위한 정책 및 전략의 개발을 돕는 예방접종 평가 보고서 생성
- 등록소 시스템 관리 및 유지
- 보건부 예방접종 부서의 재량에 따라 판단된 기타 목적

예방접종 기록 정보의 이용 가능성

등록소 내 개인의 예방접종 데이터 및 기타 개인 식별 의료 정보는 개인 예방접종 제공자, 보건부, 기타 등록소 허가 사용자가 허가된 목적으로만 사용할 수 있도록 생성됩니다.

선택적 이탈

개인은 자신 또는 자녀의 예방접종 데이터가 등록소에 보관되지 않도록 선택할 수 있습니다("선택적 이탈"). 그러한 개인은 예방접종 제공자 또는 보건부 예방접종 부서로부터 얻을 수 있는 "하와이 예방접종 등록소 선택적 이탈 양식"을 작성하여 서면으로 이탈을 선택할 수 있습니다. 등록소는 해당 개인이 등록소로부터 이탈을 선택했음을 식별하는 데 필요한 핵심적인 지리적 정보만 보관하게 됩니다. 이 정보는 등록소가 해당 개인의 예방접종 정보를 거르고 등록을 거절하기 위해 필요합니다. 핵심 지리적 데이터는 하와이 보건부만 사용하게 되며 다른 등록소 허가 사용자에게는 공개되지 않습니다. 등록소의 예방접종 데이터 보관을 허가하지 않기로 한 개인의 결정은 해당 개인이 예방접종을 받는 데에는 영향을 미치지 않습니다.

철회

개인은 하와이 예방접종 등록소에서 선택적으로 이탈하기로 한 결정을 언제든지 철회할 수 있습니다. 철회는 반드시 개인의 예방접종 제공자 또는 보건부 예방접종 부서에서 얻은 "하와이 예방접종 등록소 재허가 양식"을 작성하여 서면으로 이루어져야 합니다.

개인정보 및 예방접종 정보를 점검, 복사, 정정 또는 수정할 권리

개인은 자신 또는 자녀의 예방접종 기록 정보를 자신 또는 자녀의 예방접종 제공자를 통해 점검, 복사, 정정 또는 수정할 수 있습니다. 본인 또는 자녀의 정보를 점검, 복사, 정정 또는 수정하는 방법에 관한 정보는 의사에게 문의해주시요.

문의

등록소에 대한 문의사항이 있으실 경우 의사에게 문의하시거나 다음 웹사이트를 방문해주시요. <http://health.hawaii.gov/docd/hawaii-immunization-registry/>.