



惠僑英文中學

WAI KIU COLLEGE

九龍石硤尾偉智街十七號

17 Wai Chi Street, Shek Kip Mei, Kowloon, Hong Kong.

電郵地址(E-mail): wkc@wkc.edu.hk

電話: 852-2777 6289 傳真: 852-27767727

Tel: 852-2777 6289 Fax: 852-27767727

網址(Website): http://www.wkc.edu.hk

檔案編號: SGS_SHD 23-24/02

敬啟者:

「注射流感疫苗計劃」

本校與基督教聯合那打素社康服務合辦「注射流感疫苗計劃」，鼓勵學生接受適切的流感防疫注射，保障學童健康。有關注射疫苗詳情如下：

合辦機構：	基督教聯合那打素社康服務（擁有 18 年外展注射服務經驗）
注射服務：	所有注射服務由註冊護士負責
疫苗種類：	（四價）預防流感疫苗（肌肉注射）
注射日期：	2023 年 11 月 17 日
注射地點：	本校禮堂
校園優惠價：	費用全免
注射疫苗須知：	詳情可參閱附件內容

煩請 閣下填妥回條，由 貴子女於 2023 年 10 月 6 日(五)前連同身份證副本及疫苗資助同意書交回班主任，以便辦理。若 閣下對上述事宜有任何查詢，可致電 2777- 6289 與健康校園小組楊玉海老師聯絡或致電社區醫療外展部電話 2357 - 4008 查詢。

此致
各位家長

校長：  謹啟
鄭智賢 M.H.

二零二三年九月二十日
(註：本信函需加蓋校印方為有效)

----- ✂ ----- 回 ----- 條 -----
檔案編號： SGS_SHD 23-24/02

敬覆者：

本人為中_____班學生 _____() 家長，現已知悉「注射流感疫苗計劃」之通告。本人已了解及明白有關流行性感冒預防注射事項，並

- 同意 敝子女參加「流感疫苗計劃」。(已填妥參加同意書)
 不同意 敝子女參加「流感疫苗計劃」。

此覆

惠僑英文中學校長

家長簽署： _____

家長聯絡電話： _____

二零二三年九月____日

【請於適當空格內加「✓」號】

採用四價注射式滅活流感疫苗
FLUARIX TETRA
葛蘭素史克藥廠(GSK) (德國生產)

2023/24 滅活流感疫苗(北半球) · 可防禦四種流感病毒:

1. 類甲型 A/維多利亞 Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm-09 病毒
2. 類甲型 A/達爾文 Darwin/9/2021 (H3N2) 病毒
3. 類乙型 B/奧地利 Austria/1359417/2021 (B/Victoria 譜系) 病毒
4. 類乙型 B/布吉 Phuket/3073/2013 病毒 (B/Yamagata 譜系) 病毒

注射須知

建議注射流行性感疫苗人士

- 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
 - 兒童及青少年
 - 50 歲或以上人士
 - 居於殘疾人士院舍的長期宿友
 - 有長期健康問題人士/有慢性疾病人士
 - 醫護人員
 - 需要經常與人接觸的人士
 - 擔心於 COVID 流行期間, 因患上流感而受到兩重危害的人士

不適合注射人士

- 6 個月以下嬰兒
- 對流感疫苗內任何成份或過往的流感注射有過敏反應
- 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-巴利氏綜合症(Guillian-Barre Syndrome) 的人士, 請先諮詢醫生

注意: 流感疫苗可與任何其他疫苗 (包括滅毒活疫苗) 同時接種, 或在之前或之後的任何時間共同實行。但若參加者有其他考量, 請先諮詢家庭醫生。

注射份量

- 9 歲以上人士 (不論過往曾否接受注射), 建議每年需接受流感疫苗一次
- 若 9 歲以下的小童過往從未接受過流感疫苗, 需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, 接受流感疫苗是非常安全的。
- 注射後的常見反應, 包括針口週邊位置出現紅/腫/疼痛的局部現象, 亦可能於接種疫苗後 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; 症狀通常會在一至三天內減退。
- 罕見副作用 → 患上格林-巴利氏綜合症(一種神經根病變的疾病)(約一百萬分之一或二的機會)
 - 腦膜炎或腦病變(三百萬分之一)的機會
 - 嚴重過敏反應(一千萬分之九)的機會

除了接種疫苗外, 均衡運動、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 外展部: 2357-4008

觀塘	藍田	佐敦	大埔	天水圍
賽馬會和樂社區健康中心	白普理廣田社區健康中心	基督教聯合那打素佐敦健康中心	廣福社區健康中心	賽馬會天水圍社區健康中心
協和街和樂邨居安樓 26-33 樓地下	廣田邨廣田商場 203 室	佐敦道 23 號新翼廣場 13 樓全層	廣福邨廣仁樓地下 19 號	天晴邨天晴社區綜合服務大樓 1 樓 103 室
☎2344-3444	☎2340-3022	☎2770-8365	☎2638-3846	☎3156-9000

採用四價注射式滅活流感疫苗
FLUARIX TETRA
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
- ☑ 已年滿 18 歲或以上並現正就讀香港的中學
- ☑ 精神上無認知能力的人士
- ☑ 每位參加者須個別填寫一張同意書

家長/監護人同意書

(甲) 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: **惠僑英文中學**

年齡: _____ 性別: 男 女 (如適用)

出生日期: _____ 日 _____ 月 _____ 年 班別: _____ 學號: _____

衛生署流感疫苗資助計劃

如參加者符合申請, 家長/監護人必須同時填寫下方格內所有資料

注意: ** 未能清楚提供有效香港居民身份證明文件及其他所需證明文件的參加者, 有機會不能申請衛生署資助, 將會被要求交回本次疫苗注射費用

本人確認本人子女/受監護者為香港居民及符合以下其中一身份:

- 年齡介乎 6 個月至未滿 18 歲/ 已年滿 18 歲或以上並現正就讀香港的中學**
- 智障人士**
- 正在領取社會福利署傷殘津貼人士**/正在領取綜援標準金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士**
- 50 歲或以上 (精神上無認知能力的人士)

香港出生證明書號碼: _____ ()

香港身份證號碼 / 其他證明文件號碼: _____

☑ 12 歲或以上必須填寫有效香港身份證資料

簽發日期: _____ 日 _____ 月 _____ 年

發證日期: 香港身份證號碼/底層號碼下面所有數字(須填寫: 日/月/年)

(乙) 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流感疫苗注射? 是 不清楚 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? 是 否
- 若答「是」請註明: 雞蛋過敏反應: 出疹 麻痺、面腫 其他: _____
3. 參加者是否曾注射流感疫苗後, 出現手腳麻痺/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)注射當日, 參加者是否有發燒/嚴重不適徵狀? 是 否

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 2023/24 注射式滅活流感疫苗(四價)注射。

若不會讀寫, 請印上手印 家長/監護人簽署: _____ 日期: _____

(手指模)並註明所屬手指 聯絡電話 (必須填寫): _____

職員專用欄

Prescription: Fluarix Tetra 2023/24 strains 0.5ml 1 dose 2 doses Intramuscular injection

Doctor: _____ Signature: _____

1st dose-Injection Record Lt. deltoid Rt. deltoid

2nd dose-Injection Record Lt. deltoid Rt. deltoid

Batch No.: _____

Given by: _____ Date: _____

外展專用(學校): 接種日沒接種原因: 缺席 身體不適 拒絕接種 其他: _____



班別： _____
學號： _____

本人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，並確認以上接種疫苗者現正就讀香港的中學、小學、幼稚園、幼稚園暨幼兒中心或 幼兒中心。

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： _____

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子女 / 受監護者使用政府資助以接種疫苗事宜。
3. 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。
4. 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
 - (c) 接收由政府提供的疫苗接種資訊；以及
 - (d) 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：
行政主任(疫苗資助計劃)
地址：九龍紅磡德豐街 18-22 號海濱廣場二座 3 樓
電話：2125 2125