

# 流感 / 肺炎球菌疫苗接種 健康申報及同意書

接種人姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 / 女 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 香港身份證明文件：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_  
 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 接種日期：\_\_\_\_\_

「疫苗可預防疾病科學委員會」建議在 2022/ 23 季度使用的以雞胚生產的四價疫苗包括以下成分：

| 「四價」流感疫苗 (可預防流感病毒) 包括   |  |
|---|--|
| 1. A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09-like virus;<br>2. A/Darwin/9/2021 (H3N2)-like virus;<br>3. B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria lineage)-like virus; and<br>4. B/Phuket/3073/2013 (B/Yamagata lineage)-like virus | 1. 甲型/維多利亞/2570/2019 (H1N1)pdm09-病毒<br>2. 甲型/達爾文/9/2021(H3N2)- 病毒;<br>3. 乙型/奧地利/1359417/2021(B/Victoria lineage)-病毒<br>4. 乙型/布吉/3073/2013 (B/Yamagata lineage)- 病毒 |

## ※ 哪些人仕不適宜接種流感疫苗？

- 對任何疫苗成分、抗生素，即：新黴素/慶大黴素、對雞蛋或接種流感疫苗後曾出現嚴重過敏反應者。
- 如接種當日發燒或急性感染，請於病癒後才接種疫苗。

## ※ 注射後有何反應？

流感疫苗相當安全，除了2天內注射處可能出現輕微紅腫、疼痛外，一般並無其他副作用。部分人士在接種後6-12小時可能出現發燒、身體疲倦、筋骨肌肉疼痛等徵狀，但這些症狀通常會在兩天內自動減退。如有出現風疹塊、口舌腫脹或呼吸困難等較為罕見的嚴重過敏反應，患者必須立即就醫。

本人或監護人等\*明白以上須知事項，並聲明以下所提供之資料全屬正確 (請在適當的格內填入『√』號)：

|     |  |                            |                            |
|-----|--|----------------------------|----------------------------|
| <1> | 你過去 14 天曾否接種新冠病毒疫苗？                                      | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <2> | 你過去曾接受流感疫苗注射嗎？<br>注意: 9 歲以下從未接受流感疫苗注射之兒童，需於 4 星期後接受第二劑注射 | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <3> | 你是否曾接種疫苗後出現手腳麻痺或無力或其他過敏反應？                               | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <4> | 你是否對雞蛋、新黴素/慶大黴素、或對接種任何疫苗後曾出現嚴重過敏反應？(如：吃蛋後出現腫脹或呼吸困難)      | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <5> | 你是否出血病症患者或正服用抗凝血劑？                                       | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |

## 只適用接種肺炎球菌疫苗者回答：

|     |                                 |                            |                            |
|-----|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <6> | 你過去曾接種肺二十三價肺炎球菌多醣疫苗嗎？           | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <7> | 你過去曾接種肺十三價肺炎球菌結合疫苗嗎？            | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <8> | 你是否曾對肺炎疫苗或含有白喉類毒素的疫苗出現過敏反應？     | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <9> | 你是否正在接受癌症的化療或電療或將會於兩周後進行脾臟切除手術？ | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |

本人聲明以上所提供之資料全屬正確，並同意接受預防季節性流感疫苗 / 肺炎球菌疫苗注射

|     |                               |                            |                            |
|-----|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <1> | 注射當日是否發燒或有感冒徵狀？(由醫護人員填寫)      | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| <2> | 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) | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |

(若接種人士為 18 歲以下，需由家長或監護人簽署) 本人/監護人簽署：\_\_\_\_\_

監護人姓名：\_\_\_\_\_