



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 18-19/01

各位家長:


「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推行「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並有醫生監察
注射疫苗券：	參加者會獲主辦機構派發疫苗注射券一張
疫苗種類：	（四價）預防流感疫苗（肌肉注射）
注射地點：	自行前往各間指定健康中心（18 歲以下同學，必須家長／監護人陪同）
參加辦法：	必須填妥有關回條、參加同意書（留意 18 歲以上／18 歲以下表格）及繳付費用
愛校園優惠價：	參加者只須繳付港幣 135 元正（原價港幣約 200 元正）
注射疫苗須知：	詳情可參閱附件內容

故煩請 貴家長（父、母或監護人）填妥回條，由 貴子女於 2018 年 11 月 8 日(四) 前帶回各班班主任，以便辦理。若 貴家長對上述事宜有任何查詢，可致電 2777- 6289 與健康校園小組李良保老師或邱虹虹老師聯絡或致電社區醫療外展部電話 2357 4008 查詢。

順祝
生活愉快

校長：  謹啟
鄭智賢

二零一八年十一月五日
(註：本信函需加蓋校印方為有效)

----- ✂ ----- 回 ----- 條 -----
檔案編號: SGS_SHD 18-19/01

敬覆者：

本人為中_____班學生 _____ (_____) 之家長，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」。(必須填妥參加同意書及繳付費用 135 元)

不同意 敝子女參加「流感疫苗計劃」。【請於適當空格內加「✓」號】

此覆

惠僑英文中學校長

家長簽署： _____
家長姓名： _____ (正楷)
家長聯絡電話： _____
學生聯絡電話： _____

二零一八年十一月____日



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

Ref. No. : SGS_SHD 18-19/01

5th November 2018

Dear Parents/ Guardians,

Vaccination Against Influenza

With the help of United Christian Nethersole Community Health Service the school will provide influenza vaccination service for students. The details of the vaccination are as follows:

Cooperating organisation	United Christian Nethersole Community Health Service
Vaccination service	Participants will receive a vaccination coupon. (All vaccination service will be carried out by registered nurse under the supervision of a medical doctor.)
Vaccine	Quadrivalent Influenza Vaccine
Injection venue	Visit any one of the designated health clinics (Students aged below 18 must be accompanied by a parent/ guardian.)
Fee	HK\$135 (Original price is HK\$200)
Application method	Return the completed reply slip, the letter of consent and the vaccination fee.
Notes on vaccination	See attached

Please return the completed reply slip to the class teachers by **8th November, 2018 (Thursday)**. Should you have any inquiry, feel free to contact Mr. LEE Leung-po or Ms. Yau Hung-hung at 2777-6289 or call the Community Medical Outreach Team at 2357-4008.

Yours faithfully,

CHENG Che-yin
Principal

-----><-----Reply Slip-----><-----

Ref. No. : SGS_SHD 18-19/01

Dear Principal,

I understand the details for the influenza vaccination service. I *agree/ do not agree that my son/ daughter will receive the said injection.

Name of Student : _____

Class and Class No. : _____

Signature of Parent / Guardian : _____

Name of Parent /Guardian : _____

Contact Number of Parent/Guardian : _____

Date : _____

* delete where appropriate

注射須知

本機構一律採用四價預防流感疫苗(北半球),可防四種流感病毒:
 1. 類甲型/密歇根/45/2015(H1N1)pdm-09病毒
 2. 類甲型/香港/4801/2014 (H3N2) 病毒
 3. 類乙型/布利斯本/60/2008 病毒
 4. 類乙型/布若/3073/2013 病毒

Fluarix Tetra (Quadrivalent)/葛蘭素史克藥廠(GSK)
 適合 36個月大或以上人士使用
 FluQuadrif (Quadrivalent)-Paediatric/賽諾菲巴斯德藥廠(Sanofi Pasteur)
 適合 6-35 個月的嬰幼兒使用

建議注射流行性感冒疫苗人士

- 其實滿 6 個月以上人士已經可以接受流感疫苗,而疫苗尤其適合:
 - 年齡介乎 6 個月至未滿 12 歲的兒童
 - 抵抗力較弱人士如長者/ 孕婦/ 身高體重比例(BMI) \geq 30 人士
 - 患有慢性疾病人士/ 殘障人士
 - 工作上, 容易傳播或感染流感的人士
 - 因經常患上流感而影響工作、學業或生活的人士

注射份量

- 9 歲以上人士建議每年需接受疫苗一次, 疫苗有效期約 1 年
- 若 9 歲以下的小童過往從未接受過預防流感疫苗, 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, 接受預防流感疫苗是非常安全的。
- 注射後的常見反應, 包括接種疫苗後 6-12 小時內出現發熱、肌肉痠痛、針口週邊位置出現紅/ 腫/ 疼痛的局部現象, 症狀多數會在注射後一、兩天內自動復原。
- 罕見副作用 → 患上格林-巴利氏綜合癱(一種神經根病變的疾病)(約一百分之二或三的機會)
 - 嚴重過敏反應(一千萬分之一的機會)

除了接種疫苗外, 保持運動、均衡飲食、良好作息、在流感高發期避免前往人多擁擠的公眾地方、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 (只提供外展疫苗注射服務)

觀塘	藍田	牛頭角	佐敦	大埔	天水圍
賽馬會和樂社區健康中心 協和街和樂邨居安樓 26-33號地下 02344-3444	白雲理康中心 社區健康中心 廣田邨廣田商場 203室 02340-3022	聯合那打素彩虹康樂中心 牛頭角彩雲邨55號彩頤居一樓 02230-0200	基督教聯合那打素在敦健康中心 佐敦道23號 13樓全層 02770-8365	廣福社區健康中心 廣福邨廣仁樓地下19號 02638-3846	賽馬會天水圍社區健康中心 天匯邨天匯社區綜合服務大樓 1樓 103室 03156-9000

版權所有。翻印必究

職員專用
DR Regular DR CVSS DR VSS DR PV
DPA Recipients DR PIVSS

同意書

流感疫苗預防注射服務

採用四價預防流感疫苗
Fluarix Tetra (Quadrivalent)/葛蘭素史克藥廠(GSK)
FluQuadrif (Quadrivalent)-Paediatric/賽諾菲巴斯德藥廠(Sanofi)

家長/監護人

甲1) 參加者個人資料
 姓名(中文): _____
 年齡: _____ 性別: 男 女
 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 團體名稱: _____
 學號: _____

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此格內所有資料
 參加者為香港居民並是: 請在適當的空格加上
 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 居於社區的傷殘津貼受助人
 65 歲或以上(無行為能力人士)
 注意: 若未能清楚提供參加者的資料/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: _____
 11 歲或以上必須填寫有效香港身份證號碼: _____
 香港身份證號碼: _____
 簽發日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

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)
- 參加者是否第一次接受預防流感疫苗注射? 不清楚 是 否
 - 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: 出疹 麻痺、面腫 其他: _____
 疫苗/藥物名稱及反應: _____
 - 參加者是否曾注射流感疫苗後, 出現手腳痲痺/無力或其他過敏反應? 是 否
 - 參加者是否為出血病患者或正服用抗凝血劑(薄血丸)? 是 否
 - (於注射日回答)注射日時, 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 2017/18 預防流感疫苗(四價)注射。

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

職員專用欄
 Prescription: 1 dose 2 doses
 FluQuadrif-Paed (Quadrivalent) 2017/18 strains, 0.25ml (for age 6 to 35 months ONLY)
 Fluarix Tetra (Quadrivalent) 2017/18 strains, 0.5ml (for age 36 months or above)
 UCN: OOR WL BKT DJD KF QTSW OCC
 Doctor: _____
 Signature: _____
 1st dose-Injection Record Given by: _____ Date: _____
 2nd dose-Injection Record Batch No.: _____ Date: _____