



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 21-22/01

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）
注射地點：	本校禮堂
校園優惠價：	港幣 145 元正
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 2021 年 10 月 22 日(五)前連同所需費用交回班主任，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

二零二一年十月十八日
(註：本信函需加蓋校印方為有效)

----- ✂ ----- 回 ----- 條 -----
檔案編號： SGS_SHD 21-22/01

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」。(已填妥參加同意書及繳付費用 145 元)
 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： _____

二零二一年十月____日

【請於適當空格內加「✓」號】

家長/監護人同意書

以下人士須由家長/監護人填寫同意書：
 18歲以下 / 精神上無認知能力的人士 每位參加者須個別填寫同意書
(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: _____
 年齡: _____ (如適用)
 性別: 男 女
 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 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之參加者, 有機會不能申請衛生署資助, 將被要求交回本次疫苗注射費
 本人確認本人子女/受監護者為香港居民及符合以下具一身份:
 a. 兒童: 年齡介乎 6 個月至未滿 12 歲或正就讀於香港小學
 b. 智障人士
 c. 正在領取社會福利署傷殘津貼人士/正在領取綜援標津金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士
 d. 50 歲或以上 (精神上無認知能力的人士)

香港身份證號碼: _____ ()
 香港身份證號碼 / 其他證明文件號碼: _____
 * 11 歲或以上必須填寫有效香港身份證資料
 簽發日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 * 香港身份證號碼左下所有數字必須包括: 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)

- 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: 雞蛋過敏反應: 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, 出現手腳麻痺/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 是 否 是 否

提醒您: 建議流感與新冠(COVID-19)疫苗注射時間至少相隔 14 日。

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 2021/22 注射式滅活流感疫苗(四價)注射。

若不會填寫, 請印上手印
 家長/監護人簽署: _____ 日期: _____
 (手指橫)並註所屬之手指 聯絡電話 (必須填寫): _____

職員專用欄

Prescription: Fluarix Tetra 2021/22 strains 0.5ml 1 dose 2 doses Intramuscular injection
 UCN: OR WL BKT JD KF TSW Medical No.: _____
 Doctor: _____ Signature: _____
 1st dose-Injection Record Given by: _____
 Batch No.: _____ Date: _____
 2nd dose-Injection Record Given by: _____
 Batch No.: _____ 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: _____
 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: _____

注射須知

建議注射流行性感感冒疫苗人士
 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
 • 6 個月至未滿 12 歲兒童
 • 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
 • 家畜業從業員
 • 因經常患上流感, 影響工作、學習的人士

不適合注射疫苗人士
 • 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燒症狀的人士 (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

建議流感與新冠(COVID-19)疫苗注射時間至少相隔 14 日。

注意: 經肌肉 / 皮下注射形式接種的流感疫苗屬於滅活性疫苗, 可以與其他疫苗同時; 經肌肉/皮下注射形式接種, 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 1-3 天內減退。
- 罕見副作用 → 最上格林-巴利氏綜合症(一種神經根病變的疾病)(約一百萬分之一或二二的機會) → 腦膜炎或腦病變(三百萬分之一或二的機會) → 嚴重過敏反應(一千萬分之九的機會)

除了接種疫苗外, 恆常運動、均衡飲食、良好作息、在流感高峯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

觀塘	藍田	佐敦	大埔	天水圍
賽馬會和樂社區健康中心	白管理廣田社區健康中心	基督教聯合打素 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 號地下	廣田邨 廣田商場 203 室	佐敦灣 23 號新寶廣場 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
02344-3444	02340-3022	02770-8365	02638-3846	03156-9000