

親愛的教職員工您好：

本校為配合本市衛生局合約醫療團隊於 110 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日為您進行流感疫苗接種服務，特此通知並徵求您的同意，並請您閱讀下列資訊後，填寫接種意願書，再繳回學校或健康中心，感謝您的支持與配合！

## 《疫苗成分及特性》

流感疫苗是一種不活化疫苗，政府依世界衛生組織建議採購與國際各國相同之四價流感疫苗，疫苗包含 4 種不活化病毒成分，即 2 種 A 型 (H1N1 及 H3N2)、2 種 B 型。本(110)年度雞胚胎蛋培養疫苗每劑疫苗之抗原成分為： A/Victoria/2570/2019(H1N1)pdm09-like virus； A/Cambodia/e0826360/2020(H3N2)-like virus； B/Washington/02/2019(B/Victoria lineage)-like virus； B/Phuket/3073/2013 (B/Yamagata lineage)-like virus。細胞培養疫苗每劑疫苗之抗原成分為 A/Wisconsin/588/2019 (H1N1)pdm09-like virus； A/Cambodia/e0826360/2020 (H3N2)-like virus； B/Washington/02/2019 (B/Victoria lineage)-like virus； B/Phuket/3073/2013 (B/Yamagata lineage)-like virus。其保護效力與國際各國狀況相同。本次提供之疫苗分別由我國、法國及德國等國生產製造，並依照疫苗到貨順序依序提供。

## 《保護效果》

流感疫苗的保護力因年齡或身體狀況不同而異，平均約可達 30-80%，對 18 歲以上成人因確診流感而住院的保護力約有 41%，入住加護病房的流感重症保護力則可達 82%。6 個月至未滿 18 歲兒童青少年族群接種流感疫苗之保護力與成人相仿。

## 《接種禁忌》

- 一、已知對疫苗的成份有過敏者，不予接種。
- 二、過去注射曾經發生嚴重不良反應者，不予接種。

## 《接種注意事項》

- 一、發燒或正患有急性中重疾病者，宜待病情穩定後再接種。
- 二、出生未滿 6 個月，因無使用效益及安全性等臨床資料，故不予接種。
- 三、先前接種本疫苗六週內曾發生 Guillain-Barré 症候群者 (GBS)，宜請醫師評估。
- 四、已知對「蛋」之蛋白質有嚴重過敏者，可在門/住診由熟悉處理過敏症狀之醫事人員提供接種，並於接種後觀察 30 分鐘，無不適症狀再離開。
- 五、其他經醫師評估不適合接種者，不予接種。

## 《安全性及副作用》

流感疫苗是由死病毒製成的不活化疫苗，因此不會因為接種流感疫苗而得到流感。接種後可能會有注射部位疼痛、紅腫，少數的人會有全身性的輕微反應，如發燒、頭痛、肌肉酸痛、噁心、皮膚搔癢、蕁麻疹或紅疹等，一般會在發生後 1 至 2 天內自然恢復。和其他任何藥品一樣，雖然極少發生，但流感疫苗也有可能造成嚴重的副作用，如立即型過敏反應，甚至過敏性休克等不適情況（臨床表現包括呼吸困難、聲音沙啞、氣喘、眼睛或嘴唇腫脹、頭昏、心跳加速等），若不幸發生，通常於接種後幾分鐘至幾小時內即出現症狀。其他曾被零星報告過之不良事件包括神經系統症狀（如：臂神經叢炎、顏面神經麻痺、熱痙攣、腦脊髓炎、對稱性神經麻痺為表現的 Guillain-Barré 症候群等）和血液系統症狀（如：暫時性血小板低下，臨床表現包括皮膚出現紫斑或出血點、出血時不易止血等）。除了 1976 年豬流感疫苗、2009 年 H1N1 新型流感疫苗與部分季節性流感疫苗經流行病學研究證實與 Guillain-Barré 症候群可能相關外，其他少有確切統計數據證明與接種流感疫苗有關。此外，現有研究結果與世界衛生組織報告均顯示，孕婦於懷孕期間接種不活化流感疫苗，並未增加妊娠及胎兒不良事件之風險。

本 (110) 年度採購之流感疫苗皆不含硫柳汞成分。 《新北市預防接種專線(02)22588923》

沿線剪開，填妥相關資料繳回學校/國所之流感疫苗負責人

## 【110 年度教職員工流感疫苗接種意願書】

請詳閱「流感疫苗接種須知」並填妥意願書，經醫師評估後接種。

本人 \_\_\_\_\_ (生日：\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日，身分證字號：\_\_\_\_，性別：男 女) 已瞭解此項疫苗之保護效果及副作用且無接種禁忌，並決定：(請勾選是否願意施打)

同意接種 不同意接種；原因：\_\_\_\_\_；

近期接種 COVID-19 疫苗(廠牌：\_\_\_\_)與本項疫苗接種間隔不足，無法施打

簽名：\_\_\_\_\_ (請以原子筆簽中文全名或蓋印章或英文全名，並與護照一致)

接種當日體溫(°C)：\_\_\_\_\_；接種日期：110 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日(由施打單位當日填寫)

當日無法施打原因：\_\_\_\_\_ (由醫師當日填寫)

醫師簽章：\_\_\_\_\_ 施打護理人員簽章：\_\_\_\_\_