



Newton 市
Ruthanne Fuller
市長

健康與社會服務部
1000 Commonwealth Ave.
Newton, MA 02459

電話：617.796.1420 傳真：617.552.7063
TDD/TTY 617.796.1089



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

2019 年 9 月

親愛的家長/監護人：

健康和社會服務部樂於再一次為幼稚園至 12 年級的所有 Newton 學生提供流感疫苗。

流感疫苗將於上學日在學校為學生們進行接種，不會向學生家庭收費。流感疫苗計畫今年再一次免費，因為麻塞諸塞州公共健康部 (MDPH) 將為學生提供流感疫苗，但我們確實需要獲取保險資訊從而說明收回疫苗接種的費用。今年，我們不會在學校提供鼻腔噴霧型流感疫苗 (FluMist)。

自九月下旬起直至十一月中旬，各個 Newton 公立學校將設立門診。

具體的門診日期將在各個學校公佈，並線上張貼，網址為：www.newtonma.gov/flu

若要登記讓您的孩子加入，您應該在您孩子在開學後前兩天於學校的門診時間將兩份表格交還給學校護士：

1. 同意書/篩查表
2. 學生疫苗接種記錄/保險資訊表

- 表格可線上從 www.newtonma.gov/flu 或在學校護士辦公室取得。
- 未登記加入的學生不會接種疫苗。
- 關於流感疫苗的資訊包括其風險和益處都在張貼在 www.newtonma.gov/flu 上的“疫苗資訊聲明”中有所說明，學校護士也瞭解相關資訊，可回答任何問題。
- CDC 推薦 6 個月及以下的任何人接種流感疫苗。

孩子們每年都面臨著因為流感導致的嚴重併發症的風險。流感疫苗是保護孩子們遠離流感的最佳方法之一。我們希望您參加這一重要的預防計畫。如果您有關於流感疫苗或我們計畫今年的更改內容的任何問題，請與您的學校護士討論。

此致，

Ruth Hoshino, RN
學校健康服務主管

David Fleishman
學校督導

2019-2020 年學生流感疫苗同意書及篩查表

孩子的姓氏 (Child's Last Name)	孩子的名字 (Child's First Name)	出生日期 (DOB)	年齡 (Age)
家長/監護人姓氏 (Parent/Guardian Last Name)	家長/監護人名字 (Parent/Guardian First Name)	家長/監護人日間電話 (Parent/Guardian Daytime Phone)	
學校名稱 (School Name)	教師 (幼兒園至 5 年級) (Teacher) 或團隊 (6 至 8 年級) (Team) 9 到 12 年級保留空白		年級 (Grade)

請回答流感疫苗篩選的問題並簽名

	是 (Yes)	否 (No)
1. 您的孩子過去是否曾對流感疫苗產生嚴重反應? (Has your child ever had a serious reaction to a flu vaccine in the past?)		
2. 您的孩子是否在接種流感疫苗後 6 周內出現格林巴厘綜合症 (一種暫時性的嚴重供肌無力)? (Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome?)		
3. 您的孩子是否曾在吃了鸡蛋之后出现严重的过敏反应? (Has your child ever had a serious allergic reaction after eating eggs?)		
4. 您的孩子是否对庆大霉素、新霉素、多粘菌素或明胶过敏? (Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymyxin, or gelatin?)		

如果问题 1 和 2 的回答为“是”，则表明您的孩子不可在校接受这一疫苗接种。如果问题 3 和 4 的回答为“是”，则表明您的孩子 *也许*能够在校接受这一疫苗接种，具体取决于可用的疫苗配方——请拨打 **617-796-1420** 了解更多信息。如果您不确定这些问题的答案，请联系您孩子的医疗护理提供商。

本人已經閱讀了有關流感疫苗的資訊聲明並明白該疫苗的益處及風險。本人現同意我的子女接種該疫苗。

家長/監護人簽名 (Parent/Guardian Signature) :

日期 (Date): _____

對於 6 個月到 8 歲的所有孩子：

這個年齡段的孩子應至少間隔 4 周接種 2 劑 2019-2020 年季節性流感疫苗，除非他們在 2019 年 7 月 1 日之前接種了至少 2 劑任何季節性流感疫苗。

聯繫孩子的主要衛生保健提供商以便接種第二劑疫苗，或瀏覽 www.newtonma.gov/flu 瞭解其他診所的情況。

 麻塞諸塞州法律 (M.G.L. 第 111 章第 24M 節) 要求提供商向被稱為麻塞諸塞州免疫資訊系統 (MIIS) 的電腦化免疫註冊系統報告免疫資訊。MIIS 存儲您和您的衛生保健提供商的記錄，並可以說明預防麻疹和流感等疾病的爆發。MIIS 中的所有資訊都獲得了安全和機密保護。MIIS 允許與衛生保健提供商、學校護士、當地衛生委員會和與免疫有關的州政府機構共用資訊。您有權拒絕通過供應商在 MIIS 中分享您的免疫資訊。若要獲取更多資訊，請詢問您的衛生保健提供商，瀏覽 MIIS 網站 www.mass.gov/dph/miis 或直接聯繫麻塞諸塞州免疫計畫 (電話：617-983-6800 或 888-658-2850)。

2019-2020 學生年流感保險資訊表與疫苗接種記錄

每個接受疫苗接種的人都必須填寫此表。如果無保險資訊可用，請使用現有資訊盡可能地填寫。

關於接受疫苗接種之人的資訊 (Information about the person to receive the vaccine) (請使用正楷體) : *必填欄位

姓氏 (Last Name) : *	名字 (First Name) : *	中間名 (MI) : <input type="checkbox"/>	出生日期 (DOB) : *	年齡 (Age)*	性別 (Sex):*
			_____ / _____ / _____ 月 (M) 日 (D) 年 (Y)		
街道地址 (Address) : *					
城市 (City) : *	州 (State) : *	郵編 (Zip) : *	電話 (Phone) : *		
			()		

保險資訊 (Insurance Information) : 包括完整的成員 ID 編號和做為該編號其中一部分的任何字母

保險公司名稱 (Name of Insurance Co) :	成員 ID 編號 (Member ID Number) :	小組 ID 編號 (Group ID Num.) : (如可用)
---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

如果接種疫苗的人不是醫保用戶或保單持有人，請填寫以下內容 (If person getting vaccinated is not the insurance subscriber/policy holder):

簽署人姓名 (Subscriber's Name) : (姓、名、中間名) (Last, First, MI)	簽署人出生日期 (Subscriber's DOB) :	性別 (Sex):	
		_____ / _____ / _____ 月 (M) 日 (D) 年 (Y)	
簽署人街道地址 (Subscriber's Address) : (如與上表位址不同)			
城市 (City) :	州 (State) :	郵編 (Zip) :	電話 (Phone) :
		()	
患者與簽署人的關係 (Pt relationship to subscriber) : (圈出) *			
<input type="checkbox"/> 配偶 (Spouse)	<input type="checkbox"/> 子女 (Child)	<input type="checkbox"/> 其他 (Other)	

對於剛滿 18 歲或未滿 18 歲的孩子 (For children 18 years of age and younger) :

符合兒童疫苗 (VFC) 計畫資格 (Is Vaccine for Children Program eligible) :

是否為美國印第安人 (美洲原住民) 或阿拉斯加原住民 (Is American Indian or Alaska Native)

是否參加醫療補助計畫 (包括 MassHealth 和 HMOs 等等，是否通過醫療補助參加) (Is enrolled in Medicaid)

是否無醫療保險 (Does not have health insurance)

不符合 VFC 資格 (Is not VFC eligible) :

是否有醫療保險且並非美國印第安人 (美洲原住民) 或阿拉斯加原住民 (Has health insurance and is not American Indian or Alaska Native)

我允許我的保險公司為此支付帳單 (I give permission for my insurance company to be billed) .

X _____ 日期 (Date) : _____
 (患者、家長或法定監護人簽名) (Signature of patient, parent, or legal guardian)

For Clinic/Office Use Only (僅限診所/辦公室使用):

Signature of Vaccine Administrator: _____

Date of Service/Date VIS Given	Vax Type	Vaccine Mfr	State Supplied	Preserv Free*	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS
Place sticker here								IM	R Arm L Arm	8/15/19

疫苗信息声明

流行性感冒 (流感) 疫苗 (非活性或重组型) : 接种须知

Many Vaccine Information Statements are available in Simplified Chinese and other languages.
See www.immunize.org/vis

许多疫苗信息声明均提供简体中文和其他语言的版本。请参阅
www.immunize.org/vis

1 为何要接种疫苗?

流感疫苗可以预防**流行性感冒 (流感)**。

流感是一种传染病,通常每年在 10 月至 5 月之间在美国各地蔓延。任何人都会得流感,但对某些人来说更危险。婴儿和幼童、65 岁及以上的人士、孕妇和有某种健康状况或免疫系统虚弱的人士,罹患流感的风险最大。

肺炎,支气管炎,鼻窦感染和耳部感染都是与流感相关的并发症的例子。如果您罹患疾病,如心脏病、癌症或糖尿病,流感可能会使疾病加重。

流感会引起发烧和发冷、喉咙痛、肌肉酸痛、疲劳、咳嗽、头痛、流鼻涕或鼻塞。有些人可能有呕吐和腹泻,但这在儿童中比成人更常见。

每年,美国有数千人死于流感,还有更多人因流感住院。流感疫苗可以预防每年数百万的疾病和与流感相关的医生就诊。

2 流感疫苗

美国疾病控制与预防中心 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 建议年龄在 6 个月以上的每个人在每个流感季接种疫苗。**6 个月至 8 岁的儿童**可能需要在单独一个流感季接种 2 剂疫苗。**其他人**只需要在每个流感季接种 1 剂疫苗。

接种后约需 2 周时间,疫苗方可产生预防作用。

流感病毒分为很多种,并且总是在不断变化。每年都会研制出一种新的流感疫苗,以在即将到来的流感季中用以防范可能引起疾病的 3 或 4 种病毒。即使该疫苗并未精确地应对这几种病毒,也仍可提供一定的保护作用。

流感疫苗**不会引起流感**。

流感疫苗可以和其他疫苗一起接种。

3 请咨询您的医疗护理提供者

如果接种疫苗的人士有以下情况,请告诉您的疫苗提供者:

- 在上次注射流感疫苗后出现了过敏反应,或有任何**重度、危及生命的过敏反应**。
- 曾患有**格林-巴利综合征 (也称作 GBS)**。

在某些情况下,为您提供医疗服务的人员可能会决定将流感疫苗接种推迟至下次就诊。

患有诸如感冒等轻微疾病的人可以接种疫苗。但对于患有中度或重度疾病的人,应当等康复后再接种流感疫苗。

您的医疗护理提供者可向您提供更多信息。

4 了解疫苗过敏反应的风险

- 接种流感疫苗针的位置会出现疼痛、发红和肿胀,接种流感疫苗后会出现发热、肌肉酸痛和头痛。
- 接种非活性流感疫苗 (流感针) 后,罹患格林-巴利综合征 (Guillain-Barré Syndrome, GBS) 的风险可能会略微增大。

同时注射流感疫苗针及肺炎球菌疫苗 (PCV13) 和/或白喉破伤风百日咳 (DTaP) 疫苗的幼儿,更有可能因发烧而引起癫痫发作。如果接种流感疫苗的儿童曾有过癫痫发作,请告诉给您的医疗护理提供者。

人们有时在接受了医疗操作程序 (包括接种疫苗) 之后会昏厥。如果您感到头昏或视力发生变化或出现耳鸣,请告诉您的医疗护理提供者。

和使用任何药物一样,接种疫苗有可能造成严重的过敏反应、其他严重损伤或死亡,但是可能性极小。



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

5 如果出现严重问题怎么办？

接种疫苗的人在离开诊所后可能会发生过敏反应。如果您看到严重过敏反应的体征(荨麻疹、面部和喉咙肿胀、呼吸困难、心跳加快、头晕或无力)，请打电话给 9-1-1，并把人送到最近的医院。

如出现其他让您担心的体征，请打电话给您的医疗护理提供者。

不良反应应该报告给疫苗不良事件报告系统 (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS)。您的医疗护理提供者通常会提交这份报告，或者您可以自己来提交。请访问 VAERS 网站 www.vaers.hhs.gov，或拨打电话 1-800-822-7967。VAERS 仅用于报告反应，VAERS 工作人员并不给予医疗建议。

6 了解美国疫苗伤害救济制度

国家疫苗伤害赔偿计划 (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) 是一项联邦计划，旨在对可能因接种特定疫苗而受到伤害的人进行赔偿。请访问 VICP 网站 www.hrsa.gov/vaccinecompensation，或拨打电话 1-800-338-2382，以了解关于该计划的内容，以及关于提出索赔的内容。提出赔偿要求有时间限制。

7 我如何能了解更多信息？

- 请询问您的医疗护理提供者。
- 联系您当地的或州健康部门。
- 美国疾病控制与预防中心 (CDC) 的联系方式：
 - 致电 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) 或
 - 访问 CDC (美国疾病控制与预防中心) 的网站 www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
**Inactivated Influenza
Vaccine** Simplified Chinese



Office use only

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26