



# 在學校免費接種注射流感疫苗

請翻到背面給同意書簽名

In Partnership with:

Alameda County Public Health Department | California Department of Public Health | Oakland Unified School District



## 如何讓您的學童獲得免費流感注射疫苗：

- ① 請閱讀這一頁所有資料。
- ② 請回答這份同意書背面的所有問題。每一位學生請填寫一份。
- ③ 在同意書的頁底簽名。
- ④ 把本表格立刻交給您家的學童所在的學校。
- ⑤ 讓您的學童知道本年度僅提供注射型流感疫苗，而不提供鼻噴霧式流感疫苗。

## 接受流感疫苗幫助所有人維持健康。

- 流感是一種嚴重的疾病，且兒科醫生們建議所有的兒童每年接受疫苗接種。
- 研究顯示，當兒童接受了疫苗接種，他們會較少缺課。
- 更多的兒童接受預防流感的疫苗接種有助於減少流感在我們的社區中傳染，從而幫助所有人更健康。

## 疫苗接種是安全、簡單又方便。

- 流感疫苗在學校上學時間，由受過訓練的護士及受到指導監督的護理學生施行。
- 流感疫苗由阿拉米達縣公共衛生部提供。接種的疫苗是與您家的學童從平時的醫生或診所那裡會接種的一樣。
- 不收費 — 這是免費的。

選擇參加這個活動只有填寫完整的同意書的學生才會獲得疫苗接種。

## 效益和風險。接種流感疫苗具有效益和風險。

- 效益包括：它可以使您免於染上流感。如果您生病了，可使流感病情較輕，並保護您周圍的人。
- 風險包括：輕度至重度的反應和副作用，例如注射部位疼痛、發燒和酸痛。

有些人不應該接種流感疫苗，例如於接種疫苗後曾有嚴重/危及生命的反應和有格林-巴利症候群（Guillain-Barré Syndrome, GBS）病史。

查看流感疫苗資訊聲明（*Vaccine Information Statement, VIS*）為瞭解更多流感疫苗相關資訊、效益、風險和副作用，公佈於 [shootherflu.org/consent](http://shootherflu.org/consent)，以及您的學童所在學校和衛生部門有流感疫苗資料複印本。

阿拉米達縣公共衛生部門(ACPHD) 的隱私：您的健康資料是保密的，並且受到法律的保護。我們有責任根據法律的要求保護這些資訊、並且向您提供一份隱私通知。您可以在 [shootherflu.org/consent](http://shootherflu.org/consent) 找到完整的隱私的全文、向阿拉米達縣公共衛生部門(ACPHD) 要求索取副本，或者在接種日當天於學校閱讀。

加州免疫接種登記系統 (California Immunization Registry, CAIR) 是一個供健康照護提供者，包含許多當地小兒科醫師使用、查看免疫接種資訊，是保密且安全的電腦系統，該系統由加州公共衛生部 (California Department of Public Health) 營運。阿拉米達縣公共衛生部門 (ACPHD) 會在加州法律授權之下將您的學童接受流感疫苗接種的資訊放上加州免疫接種登記系統(CAIR)。如果您想進一步瞭解加州免疫接種登記系統(CAIR)，請造訪 [cairweb.org](http://cairweb.org)。  如果您不想與使用加州免疫接種登記系統 (CAIR) 的健康照護提供者分享您家的學童的流感疫苗接種資料，請勾選這個方框。

如果您對有任何疑問、欲取得疫苗資訊聲明 (VIS) 或隱私做法通知的副本，或需要協助以完成此表格，請聯絡阿拉米達縣公共衛生部疫苗接種。

聯絡計劃方式是電話：510-267-3230 或造訪 [ShootheFlu.org](http://ShootheFlu.org)





# 流感疫苗接種注射同意

- 每位學童一份

**重要更新：**由於近期國家建議的改變，今年**沒有**任何健康醫護提供者的診所或透過 Shoo the Flu（趕走流感）提供鼻噴霧式流感疫苗（FluMist）。今年祇提供流感注射疫苗。欲了解更多資訊，請造訪：[cdc.gov/flu](http://cdc.gov/flu)。

## 學生的資料

學生的名字 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_

家庭住址 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 學生是： 男  女

學生的出生日期 \_\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_

學校名稱 \_\_\_\_\_ 教師/教室號碼 \_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_

家長/監護人電子郵件 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

母親的名字(名) \_\_\_\_\_ 母親的名字將用在加州免疫接種登記系統幫助辨別學生。如您想進一步瞭解加州免疫接種登記系統(CAIR)，請看背面。

我們是否可以聯絡您，聆聽您關於如何改進這個計劃的高見？  是  否

## 學生的健康保險

疫苗接種是免費的，您的名字**不會**和這些資料連接在一起，我們也**不會**寄帳單給您的保險。

Alameda Alliance — 加州健康保險 (Medi-Cal)、俗稱白卡  藍十字 (Blue Cross) — 加州健康保險 (Medi-Cal)、俗稱白卡  Kaiser — 加州健康保險 (Medi-Cal)、俗稱白卡  沒有保險

聯合健康保險公司 (United Health Care)  藍十字 (Blue Cross) — 私人保險  Kaiser — 私人保險  信諾保險 (Cigna)

藍盾 (Blue Shield)  Health Net  安泰保險 (Aetna)  其他: \_\_\_\_\_

## 學童種族或族裔 (勾選所有符合選項)

我們詢問此問題以協助我們確保公平地取得本計劃。

亞洲人  美國印地安人或阿拉斯加原住民  黑人或非裔美國人

白人  夏威夷原住民或其他太平洋島民  西班牙或拉丁人

## 醫療問題 — 您必須回答每一個問題

① 您家的學童對乳膠過敏嗎？  是  否

② 您家的學童對雞蛋過敏嗎？  是  否

③ 您家的學童是否曾對任何疫苗有過嚴重的過敏反應？  是  否

④ 您家的學童是否曾有過嚴重的肌肉無力症（名為 Guillain-Barré Syndrome 格林-巴利綜合症）？  是  否

## 簽名及同意

當我（作為家長/監護人）在下面簽名時，表示：

- 我授權給此表中所述名字的我家學童在學校接受 **流感注射疫苗**。
- 我已讀過或請人向我解釋過現況流感疫苗資料聲明(VIS)，且明白流感疫苗的效益與風險。
- 我已閱讀或收到阿拉米達縣公共衛生部隱私通告。

家長/監護人在此簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

正楷書寫姓名 \_\_\_\_\_

您與學生的關係 \_\_\_\_\_

母親  父親  法定監護人

其他: \_\_\_\_\_

請翻到背面查看說明 ●●➔