



2015/16

為智障人士提供流感疫苗  
於院舍防疫注射計劃下的  
接種安排

(24/09/2015)



衛生署

Department of Health

# 參與計劃事宜

- 合資格機構：服務智障人士機構或團體
- 願意與衛生署合作並遵行其安排：
- A. 有獨立雪櫃確保疫苗存放於合適溫度
- B. 自行邀請到診註冊醫生
- C. 有足夠人手
  - 監測雪櫃溫度
  - 疫苗預訂、接收、貯存
  - 協助診註冊醫生進行接種事宜
  - 填寫表格及報告



- 流程及運作的安排
- 注意事項



# 流程及運作的安排

A. 接種前預備工作

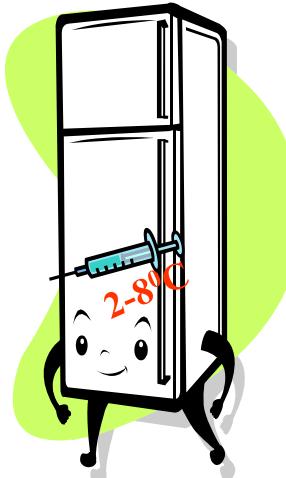


B. 協助到診註冊醫生  
(VMO)接種疫苗



C. 接種後應 **注!意** 事項





# A. 接種前預備工作



衛生署  
Department of Health

# 接收計劃文件及有關物料

運送到各學校/服務機構

## ● 計劃文件

- 學校/服務機構指引
- 附錄表格(P1, P2, P3, P4, P5, P6)

● 疫苗注射記錄卡(針卡)

● 海報及同意書

## ● 物料

● 注射器收集箱(針盒)

● 紅膠袋及膠索帶



# 檢查智障人士是否適合接種疫苗

- 查閱過往之疫苗接種記錄(針卡)

- 如有多張針卡 → 請釘在一起，並查閱卡內所有接種記錄
- 如沒有疫苗接種記錄 → 請向家人查詢



- 查閱相關病歷

- 如正在服用抗凝血劑或其他特別情況 →  
請預先諮詢VMO



# 疫苗注射記錄



TYPE OF VACCINE 疫苗類別		DATE 日期	DOCTOR / CLINIC 醫生 / 醫所	REMARKS 備註 (including adverse effects 包括接種後的反應)
HEPATITIS B VACCINE 乙型肝炎疫苗	FIRST DOSE 第一次			
	SECOND DOSE 第二次			
	THIRD DOSE 第三次			
PNEUMOCOCCAL VACCINE 肺炎鏈球菌	FIRST DOSE 第一次			
	SECOND DOSE 第二次			
	THIRD DOSE 第三次			
	BOOSTER 立體劑			
	PPV (Specify type 註明種類)	FIRST DOSE 第一次		
ANTI-TETANUS TOXOID 破傷風類毒素	FIRST DOSE 第一次			
	SECOND DOSE 第二次			
	THIRD DOSE 第三次			
INFLUENZA VACCINE 流行性感冒疫苗		9.11.11	李大夫醫生	
		10.11.12	ABC服務機構	
		8.12.13	ABC服務機構	
		6.11.14	ABC服務機構	
 <b>Influenza Vaccine</b> 流行性感冒疫苗				

**DEPARTMENT OF HEALTH  
THE GOVERNMENT OF THE HONG KONG  
SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION**

---

**VACCINATION RECORD**

疫苗注射記錄

何永發

12/12/1998

男

Name 姓名

*Date of Birth* 出生日期

*Parent's/Guardian's Name*

父母/監護人姓名

*This record should be presented on receiving subsequent vaccination. Please keep all the vaccination records properly because they may be required later as documentation of the vaccines received.*

下次接種疫苗時須出示此記錄。

請妥善保存所有疫苗接種記錄卡或小冊子，因為這些記錄日後可作為曾接種過有關疫苗的證明。

DH2684

重要文件，請永久保存

**Please retain this vaccination record indefinitely**

# 講解有關疫苗資料

## 講解及派發：

- 疫苗接種同意書，內附：

- 流感疫苗資訊
- (由家屬保存)

- 職員可同時參閱學校/服務機構指引內

- 疫苗參考資料及
- 常見問題



學校／服務機構 編號
(由學校／服務 機構填寫)



為智障人士提供流感疫苗 (2015/16 年度)  
於院舍防疫注射計劃下的接種安排  
疫苗接種同意書

醫健通交易編號
TR
(由到診註冊醫生填 寫)

- 注意：1. 請用黑色或藍色筆以正楷填寫本同意書。  
2. 填妥的同意書須於接種日期**最少十個工作天前**交予到診註冊醫生，以透過醫健通查核服務使用者的疫苗接種記錄。  
3. 到診註冊醫生須於接種疫苗後妥善保存同意書的正本。

**甲部 服務使用者個人資料 (以身份證明文件所載者為準)**

姓名	(中文)	(英文)		
中文電碼 (如適用)			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	日	月	年	
<b>身份證明文件</b> (請選擇下列其中一項身份證明文件，並在適當的位置加上“ <b>✓</b> ”號及填寫所需資料) 註：年滿十一歲的香港居民必須填寫香港身份證或豁免登記證明書。				
<input type="checkbox"/> 香港身份證號碼	( )		簽發日期	日 月 年
<input type="checkbox"/> 豁免登記證明書編號				
檔案編號				
豁免登記證明書上的香 港身份證號碼	( )	簽發日期	日 月 年	
<input type="checkbox"/> 香港出生證明書登記號 碼				
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區 回港證號碼	簽發日期	日 月 年		
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區簽證 身份書號碼	簽發日期	日 月 年		
<input type="checkbox"/> 香港居留期許可證 (ID 235B)出生記項編號	( )	獲准逗留 至	日 月 年	
<input type="checkbox"/> 非香港旅遊證件號碼				
簽證／參考編號				
<input type="checkbox"/> 生死登記處發出被領養 兒童的領養證明書記項 編號				

為智障人士提供流感疫苗 2015/16

於院舍防疫注射計劃下的接種安排  
季節性流感及疫苗接種資訊



衛生防護中心  
此頁由服務使用者保存

簽妥同意書後，可  
撕下給家屬保存

季節性流感及疫苗

流行性感冒（簡稱流感）是一種由病毒引致的疾病。流感可由多種類型的流感病毒引起，而本港最常見的是H1N1及H3N2兩種甲型流感和乙型流感。本港全年都有流感病例，但一般在一月至三月及七月至八月較為常見。病毒主要透過呼吸道飛沫傳播，患者會出現發燒、喉嚨痛、咳嗽、頭痛、肌肉疼痛、流鼻水及全身疲倦等症狀。患者一般會在2至7天內自行痊癒。然而，免疫力較低的人和長者一旦染上流感，可能會出現支氣管炎或肺炎等併發症，嚴重時更可導致死亡。健康人士亦有可能患上嚴重流感。接種疫苗是其中一種預防季節性流感的有效方法。

#### ■ 季節性流感疫苗成分

本計劃在 2015/16 年度提供的疫苗包括以下成分：

- 類甲型/加利福利亞/ 7/ 2009 (H1N1)pdm09 病毒
- 類甲型/瑞士/9715293/2013 (H3N2) 病毒
- 類乙型/布吉/3073/2013 病毒
- 類乙型/布利斯本/60/2008 病毒

本計劃2015/16採用的是滅活流感疫苗。

#### ■ 建議劑量

9歲或以上人士，每年都要接種一劑季節性流感疫苗。

為確保對季節性流感產生足夠的免疫力，凡9歲以下從未接種過季節性流感疫苗的兒童，建議應接種兩劑季節性流感疫苗，而兩劑疫苗的接種時間應至少相隔四個星期。在2014/15年度或以前曾接種季節性流感疫苗的9歲以下兒童，在2015/16年度只需接種一劑疫苗。

已接種 2015 年度南半球流感疫苗之人土，疫苗可預防疾病科學委員會亦建議應接種 2015/16 年度北半球流感疫苗，而兩針應至少相隔四個星期。

#### ■ 誰不直接接種滅活季節性流感疫苗

對曾接種的滅活流感疫苗或其他疫苗成分有過敏反應的人士，都不直接接種滅活季節性流感疫苗。如欲瞭解疫苗成分，請參考藥盒內說明書。例如，Fluarix™ Tetra 含有 慢大霉素 (Gentamicin)。對雞蛋有輕度過敏的人士如欲接種流感疫苗，可於基層醫療接種滅活流感疫苗，而確診或懷疑對雞蛋有嚴重過敏反應的人士，應先由過敏學／免疫學專科醫生就雞蛋敏感進行評估，並因應臨牀需要，由過敏學／免疫學專科醫生接種滅活流感疫苗。至於出血病症患者或服用抗凝血劑的人士，應請教醫生。如接種當日因病發燒，可延遲至病癒後才接種疫苗。



衛生署  
Department of Health

# 接種前預備工作(1)

## 填寫及簽署同意書

- 由家長或法定監護人填寫及簽署
- 請按照有效之身份證明文件準確填寫



# 填寫同意書注意事項

學校／服務機構 編號	<b>必須填寫</b>
SS001	
(由學校／服務 機構填寫)	



為尊長人士提供流感疫苗 (2015/16 年度)  
於院舍防疫注射計劃下的接種安排  
疫苗接種同意書

- 注意：1. 請用黑色或藍色筆以正楷填寫本同意書。  
2. 填妥的同意書須於接種日期最少十個工作天前交予到診註冊醫生，以透過醫健通查核服務使用者的疫苗接種記錄。  
3. 到診註冊醫生須於接種疫苗後妥善保存同意書的正本。

## 甲部 服務使用者個人資料 (以身份證明文件所載者為準)

姓名	李智能	(中文)	Lee, Chi Nan	(英文)
中文電碼 (如適用)	2621 2535 5174		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	01	01	1938	
	日	月	年	

身份證明文件 (請選擇下列其中一項身份證明文件，並在適當的位置加上“√”號及填寫所需資料)

註：年滿十一歲的香港居民必須填寫香港身份證或豁免登記證明書。

<input checked="" type="checkbox"/> 香港身份證號碼	C 6 6 8 6 6 8 (E)	簽發日期	1 5 0 9 0 3	
<input type="checkbox"/> 豁免登記證明書號碼		日	月	年
檔案編號				
豁免登記證明書上的香港 身份證號碼		日	月	年
<input type="checkbox"/> 香港出生證明書登記號碼		日	月	年
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區 回港證號碼		日	月	年
<input type="checkbox"/> 香港特別行政區簽證 身份書號碼		簽發日期		
<input type="checkbox"/> 香港居留許可證 (ID 235B)出生記項編號	( )	獲准逗留 至		
<input type="checkbox"/> 非香港旅遊證件號碼		日	月	年
簽證／參考編號		-	-	( )
<input type="checkbox"/> 生死登記處發出被領養兒 童的領養證明書記項編號		/		

只須填寫其中一項  
請參照身份證明文件  
準確填寫



編號 No. 168168  
檔案編號 1314888  
日期 15-11-1990



入境事務處  
IMMIGRATION DEPARTMENT

人事登記處  
REGISTRATION OF PERSONS OFFICE

香港灣仔告士打道七號  
7, GLOUCESTER ROAD, WAN CHAI,  
HONG KONG

豁免登記證明書  
CERTIFICATE OF EXEMPTION

\*Mr./Ms./Miss

根據人事登記規例第二十五條規定獲准豁免登記

is exempted from the requirement to register under regulation 25 of the Registration of Persons Regulations.

CHAN, Tai Man (陳大文)

老年人  
Aged

樣本  
登記申領香港身份證號碼(號碼 B 007008(A)) 日期:  
1983年8月8日 Sample

Date of registration for Hong Kong Identity  
Card No B007008(A): 08-08-1983

報稱的出生年份: 1920

Year of Birth reported: 1920

豁免登記證明書(最新簽發)

# 同意書

只須填寫乙部（一）或（二）其中一項

乙部 承諾及聲明

**乙部（一）：適用於服務使用者的家長／監護人填寫和簽署**

（一）供服務使用者的家長／監護人填寫和簽署（請在適當的位置加上“√”號）

本人確認以上服務使用者為智障人士，現同意以上服務使用者接種季節性流感疫苗。

如服務使用者是九歲以下，並從未接種季節性流感疫苗，本季度可接種兩劑季節性流感疫苗。如在以往季度已接種季節性流感疫苗，本季度只需接種一劑（即單劑）季節性流感疫苗。今次是：

單劑季節性流感疫苗     第一劑季節性流感疫苗     第二劑季節性流感疫苗

本人在此同意書中所提供的資料全屬真確。本人同意把此同意書內服務使用者的個人資料及向醫護人員所提供的資料供政府用於收集個人資料目的所述的用途。

家長／監護人簽署  
 （如不會讀寫，可印上指模；而見證人須填寫丙部）

與服務使用者的關係

家長／監護人姓名

曾秋樂

日期

**乙部（二）：如沒有家長／監護人，學校／服務機構負責人／主管及親屬須填寫和簽署此部分，到診註冊醫生會先評估他們是否適合接種疫苗，才為他們安排接種**

如家長／監護人不會讀寫，可由見證人朗讀及解釋同意書的內容，然後在此欄印上指模，再由見證人填寫「丙」部

（二）供學校／服務機構負責人／主管及親屬（如適用）填寫（請在適當的位置加上“√”號）

本學校／服務機構嘗試但未能聯絡服務使用者的家長／監護人以安排為服務使用者接種季節性流感疫苗

學校／服務機構負責人／主管簽署

常開心

學校／服務機構印鑑

學校／服務機構負責人／主管姓名

常開心

職級

主管

日期

15.10.2015

但服務使用者的親屬同意服務使用者接種季節性流感疫苗

親屬簽署

常健康

親屬姓名

常健康

香港身份證號碼

B234567(8)

日期

15.10.2015

與服務使用者的關係

表兄弟



# 同意書

**丙部:**如服務使用者的家長／監護人不會讀寫，可由見證人向他們解釋同意書的內容，然後在「乙」部(一)用印指模代替簽名，但須由見證人填寫和簽署「丙」部

## 丙部 供見證人填寫（如適用）

本人見證此同意書已在服務使用者的家長／監護人面前朗讀及解釋。

見證人簽署		見證人姓名	
香港身份證號碼		日期	

**丁部:**接種後，即時請到診註冊醫生  
填寫接種疫苗日期

## 丁部 接種疫苗日期（由到診註冊醫生於接種疫苗後填寫）

季節性流感疫苗	年 月 日
---------	-------



# 同意書\_簽妥後

- 於接種日期前最少十天將簽妥的同意書(正本/副本)送交VMO
- VMO可預先透過「醫健通」查核智障人士的疫苗接種記錄，避免不必要的重複接種
- 為未開設「醫健通」戶口的智障人士辦理登記手續
- 未能提供針卡的智障人士，如過往曾參加政府防疫注射計劃或疫苗資助計劃，他們的接種記錄都可透過「醫健通」查閱。因此如他們的家長同意接種疫苗，請提醒VMO必須於「醫健通」查核這些智障人士過往接種疫苗的記錄



## 同意書

- 在運送計劃文件內
- 如需要額外同意書
  - 衛生署衛生防護中心網頁下載或
  - 自行影印



# 接種前預備工作(2)

填寫附錄名單

智障人士名單

P2：同意接種流感疫苗名單



P3：不同意接種流感疫苗名單



學校/服務機構編號



為智障人士提供流感疫苗 (2015/16 年度)  
於院舍防疫注射計劃下的接種安排  
同意接種季節性流感疫苗 (服務使用者名單)

P 2

服務使用者 (同意)  
季節性流感疫苗接種

學校/服務機構名稱：\_\_\_\_\_

到診註冊醫生姓名：\_\_\_\_\_

使用本學校 / 服務機構的智障人士資料 (由學校/服務機構負責人或主管於 ____年____月____日填寫)					季節性流感疫苗接種記錄 (由到診註冊醫生於接種疫苗當日填寫)			
姓名	身份證明文件 號碼頭 4 個字 (例：A123)	性別	已核對 同意書 (請加✓)	需要 接種兩劑* (請加✓)	季節性流感疫苗(第一劑) 疫苗批次編號 (Lot No.) _____ 有效日期：_____	季節性流感疫苗(第二劑)* 疫苗批次編號 (Lot No.) _____ 有效日期：_____	如暫時未能 接受接種， 請註明原因	
					接種日期	到診註冊醫生簽署		接種日期
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

在接種前填寫，  
以確保有流暢的  
接種程序。

在接種當日填寫

\*只適用於九歲以下及從未接種過流感疫苗的兒童

本人茲證明表格內人士為使用本學校/服務機構的智障人士  
合共人數(B=B1+B2)：\_\_\_\_\_

已接種人數(B1=B1a+B1b)：\_\_\_\_\_  
只需接種一劑人士，完成注射人數(B1a)=\_\_\_\_\_  
需要接種兩劑人士，完成注射人數(B1b)=\_\_\_\_\_

未能接種人數(B2=B2a+B2b+B2c)：\_\_\_\_\_  
需要接種一劑人士，但未完成人數(B2a)=\_\_\_\_\_  
需要接種兩劑人士，只完成一劑人數(B2b)=\_\_\_\_\_  
需要接種兩劑人士，但完全未接種的人數(B2c)=\_\_\_\_\_

聲明：本人明白本學校 / 服務機構有責任提供正確資料，如本人故意填報失實資料，可能被檢控及須承擔有關法律責任。

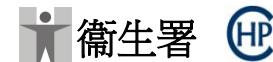
學校/ 服務機構負責人或主管姓名：\_\_\_\_\_ 學校/ 服務機構負責人或主管簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_ 頁 / \_\_\_\_ 頁

請於完成首次接種後的一星期內將填妥的服務使用者名單 (P 2 及 P 3) 及報告表 (P 6) 傳真至流感防疫注射計劃辦事處 (傳真號碼：2127 7014)。

以上個人資料主要供衛生署推行院舍防疫注射計劃之用，亦可能因此向有關部門披露。由於此文件載有個人資料，請機構妥善保存。

服務使用者有權查閱及修正個人資料。如有需要，服務使用者可向上列學校/ 機構負責人或主管提出。

學校 / 服務機構編號



為智障人士提供流感疫苗 (2015/16 年度)  
於院舍防疫注射計劃下的接種安排  
不同意接種季節性流感疫苗 (服務使用者名單)

P 3

服務使用者(不同意)  
流感疫苗

學校/服務機構名稱：\_\_\_\_\_

使用本學校/服務機構的智障人士資料		不同意接種季節性流感疫苗的原因 (請選擇下列其中一項，加上“√”號或填寫所需資料)			
	姓名 (英文) (以身份證明文件所載者為準)	性別	對雞蛋、曾接種 的滅活流感疫苗 或其他疫苗成分 有過敏反應	已於 2015 年 9 月 1 日或以後在 其他地點接種季節性流感疫苗	其他 請註明原因
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
合共人數：		(C1) : _____	(C2) : _____	(C3) : _____	

聲明：本人明白本學校 / 服務機構有責任提供正確資料，如本人故意填報失實資料，可能被檢控及須承擔有關法律責任。

學校/ 服務機構負責人或主管姓名：\_\_\_\_\_ 學校/ 服務機構負責人或主管簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_ 頁 / \_\_\_\_ 頁

備註：

1. 請於完成首次接種後的一星期內將填妥的服務使用者名單 (P 2 及 P 3) 及報告表 (P 6) 傳直至流感防疫注射計劃計劃辦事處 (傳真號碼：2127 7014)。
2. 以上個人資料主要供衛生署推行院舍防疫注射計劃之用，亦可能因此向有關部門披露。由於此文件載有個人資料，請機構妥善保存。
3. 服務使用者有權查閱及修正個人資料。如有需要，服務使用者可向上列學校/ 機構負責人或主管提出。

## 智障人士名單

P2, P3

- 自行影印或
- 亦可從衛生署衛生防護中心—  
防疫注射計劃內下載表格





# 接種前預備工作(3)

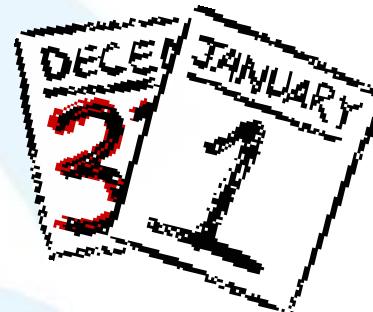
疫苗預訂、接收及貯存



衛生署  
Department of Health

# 疫苗處理

## 疫苗預訂



- 9月29日開始接受疫苗申請
- 先與VMO聯絡，確定接種疫苗的日期及時間
- 填妥疫苗申請表格-P5  
(須在接種日前最少十個工作天)  
→傳真至本辦事署

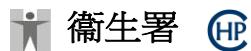


## 疫苗預訂

- 建議在接種日期前一天接收疫苗
- 星期六、日不安排送針  
(如接種日為星期一，送針日即為星期五)
- 如學校／服務機構需分開多日接種疫苗，  
可按每次實際需要申請，務求於每次接  
種日前一天接收疫苗。
- 請勿申請備用疫苗，以免浪費及避免貯  
存不當而引起的事故。
- 如有需要，可以再次申請。



此部分由流感防疫注射計劃  
辦事處職員填寫:  
Order No. \_\_\_\_\_



P 5 訂針



### 為智障人士提供流感疫苗(2015/16 年度)

#### 申請疫苗表格

2015 年 9 月 29 日開始接受疫苗申請

請於接種日期前至少 10 個工作天 傳真至 2127 7014  
如三天內未收到「訂單確認通知」，請致電 2961 8733 與本署職員聯絡

#### 學校/服務機構資料

- 學校/服務機構名稱：(中文) \_\_\_\_\_  
(英文) \_\_\_\_\_
- 學校/服務機構編號: \_\_\_\_\_
- 到診註冊醫生(VMO)姓名: \_\_\_\_\_ VMO 確定接種疫苗日期: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

服務使用者 (智障人士)	3 歲以下人數	合共人數
	3 歲或以上人數	

同意接種 季節性流感疫苗 人數	服務使用者人數 (智障人士)		3 歲以下劑量	3 歲或以上劑量
		只需注射一劑人數	_____	_____
		需要注射兩劑人數 *	_____	_____
	同意接種總人數		_____	

\* 只適用於 9 歲以下及 從未接受流感疫苗接種的兒童

#### 送貨資料

- 要求接收疫苗的日期: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 收貨地址: (必須用英文正楷填寫) \_\_\_\_\_

3. 負責收貨人姓名: \_\_\_\_\_ 聯絡電話: \_\_\_\_\_

- 申請疫苗數目:
- |      |                  |
|------|------------------|
| 流感疫苗 | 3 歲以下劑量 _____ 針  |
|      | 3 歲或以上劑量 _____ 針 |



## 疫苗接收

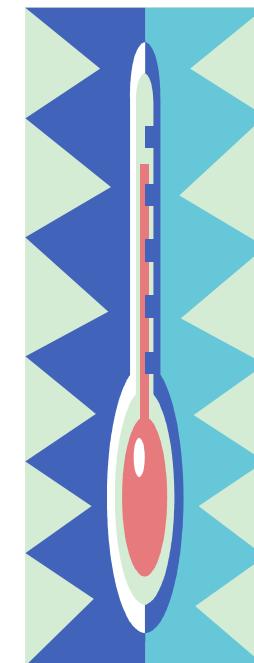
由指定負責人點收並與運貨員當場檢測

1. 疫苗名稱
2. 數目
3. 有效日期
4. 溫度

運送箱溫度應保持在攝氏2-8度

若超出溫度範圍/數目不符，

請不要簽收



# 疫苗接收

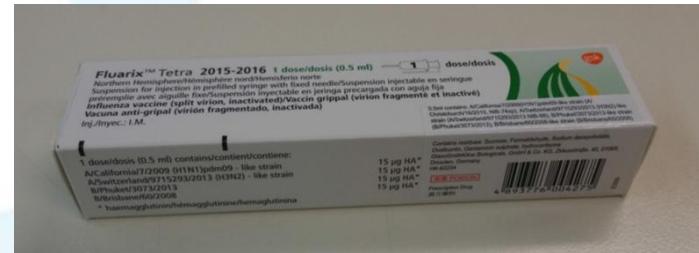
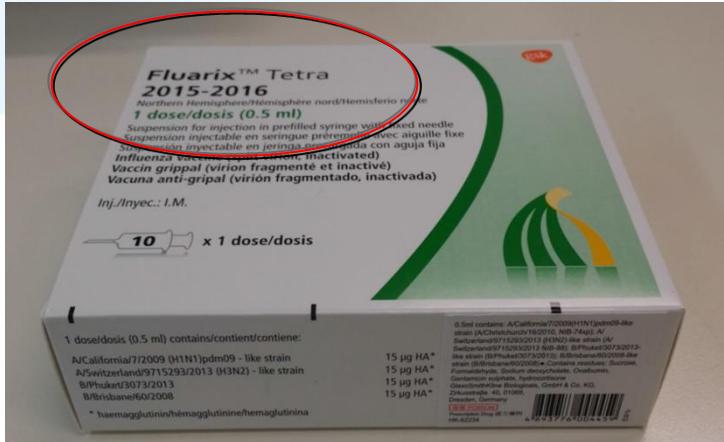
(運送箱溫度應保持在攝氏2-8度)



運送箱內溫度計  
顯示的溫度：攝氏  
3.5度 ( $3.5^{\circ}\text{C}$ )



# 流感疫苗 Fluarix Tetra



疫苗批次編號 (LOT)



有效日期 (EXP):  
2016年5月31日



# 流感疫苗

2015/16年度使用的疫苗(滅活4價)包括以下成分：

- 類甲型/加利福利亞/7/2009 (H1N1)pdm09 病毒
- 類甲型/瑞士/9715293/2013 (H3N2) 病毒
- 類乙型/布吉/3073/2013 病毒
- 類乙型/布利斯本/60/2008 病毒



# 流感疫苗

年齡組別	劑量	針劑	接種方法
36個月或以上	0.5毫升疫苗	<u>一支預先裝滿的注射器連針咀</u>	肌肉注射
6個月至35個月	0.25毫升疫苗	<u>一支預先裝滿的注射器(不連針咀)加一支分開提供的針咀</u> <u>(注射前須將注射器連接分開提供的針咀)</u>	肌肉注射

\* 凡九歲以下從未接種過流感疫苗的兒童，均須接種兩劑疫苗，而兩劑疫苗接種時間須至少相隔四星期

例子：在2014/15年度或以前曾接種季節性流感疫苗的9歲以下兒童，在2015/16年度只需接種一劑疫苗。

# 接收疫苗

在送貨收據上簽署及蓋上學校／服務單位印章

“客戶副本”須於即日傳真至本署，然後由學校／服務機構保存。

## (A) 送貨收據(Delivery order)

(1) 客戶副本(customer's copy) 學校／服務機構保存

(2) 正單(original)

(3) 副本(copy)

- (B) 毒藥紙(Poison form)
- (C) 藥劑製品簽收單

交回送貨員



# 疫苗接收 - 送貨收據



**送貨地址**

ZUELLI G PHARMA LTD  
CENTRE FOR HEALTH PROTECTION  
NO. 100, 10/F, TAI KOO PLACE, DALEY ROAD, HONG KONG

AMERICAN PHARMACY  
400 ANNE BLACK HEALTH CENTRE (PHARMACY)  
100 TSAT TSAT MUI ROAD,  
NORTH POINT,  
HONG KONG

JEL ON 28.9.2009

## DELIVERY ORDER

Customer Address: 客戶地址  
 BUTTERFLY HOSPITAL C/C AIC  
 COLIN'S ROAD 145  
 HONG KONG  
 PHONE : 25616161

訂貨數量

4608051	WAXED PAPER	1000E 0	E7041-3	816.000	2010/08/30	016	Y BOX	816
---------	-------------	---------	---------	---------	------------	-----	-------	-----

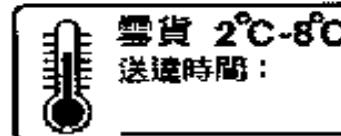
Fluarix Tetra

ORIGINAL  
(正單)

Bank Details:  
 Beneficiary:  
 ZUELLI G PHARMA LIMITED

Bank Name: HSBC HK  
 Acc. No.: 036461023-011  
 Acc. No.: 036461023-021  
 Acc. No.: 036461023-031

Please fax to ZUELLI G PHARMA LIMITED  
 FOR PAYMENT TRACKING.  
 FAX: 25607970

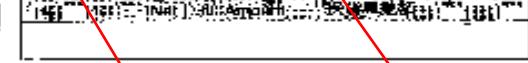


11:30am



ISO 9001:2000  
Certificate Number: P-0200325

Customer Services Hotline  
客户服务熱線: 285801062



Confirmed as received with Authorised Stamps  
已確認並蓋上簽名

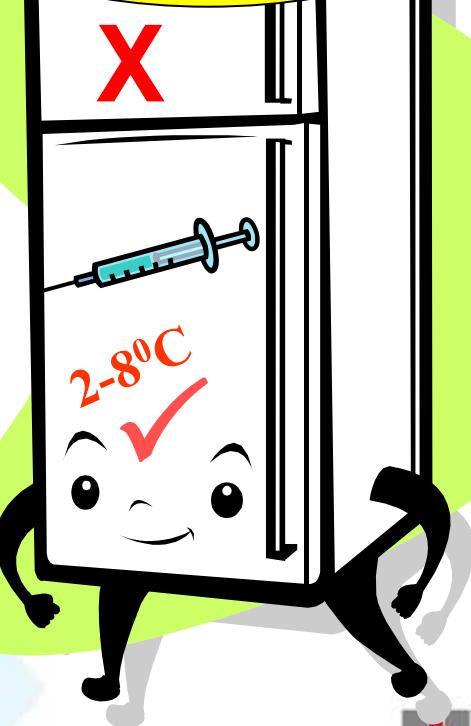
蓋章

## 疫苗貯存

- 接收疫苗後，必須立刻貯存疫苗於攝氏2至8度的雪櫃內。

盡快於接收疫苗第二日接種，  
不應申請過量疫苗，可避免因  
貯存不當而引起的事故。

切勿存放於冰格



# 疫苗貯存

● 確保疫苗貯存於攝氏2至8度建議方法：

- 確保電源不會切斷
- 切勿：貼近冷凍板/貯存在冰格內
- 疫苗之間留少許空間
- 避免經常開關雪櫃門
- 避免與智障人士共用放置疫苗的雪櫃
- 雪櫃放置在職員室或職員可監察的位置
- 放置溫度計以監察雪櫃內的溫度
- 貯存疫苗的雪櫃溫度檢查表  
(衛生署提供的記錄表)





## B. 協助到診註冊醫生 (VMO)接種疫苗



衛生署  
Department of Health

# 接種日 - 安排接種者

為需要接種疫苗的智障人士

- 量度體溫
- 評估當日身體狀況
- 告知**當日為他們接種疫苗



- ◆ 未經**VMO**透過醫健通核查同意書的智障人士，不應安排接種疫苗。
- ◆ 必須待**VMO**透過醫健通核查記錄後，另約日期接種。



## 接種日 - 預備文件及物品

- 已簽妥的同意書(正本)
- 同意名單(P2)
- 智障人士的針卡及相關病歷
- 所需物品(如酒精搓手液、70%酒精抹紙、紗布等)



# 接種日 - 協助VMO

- 根據所須接種疫苗的數量，才從雪櫃取出疫苗
- 將疫苗放置於小手推車上(trolley)
- 智障人士於適當而光線充足的地方(如醫療室)接受疫苗接種



# 接種日 - 協助VMO

- 安排熟悉智障人士的職員協助核對姓名、同意書及**須接種的疫苗**
- 提供智障人士病歷、身體狀況等資料
- 協助解釋和作見證人
- 協助智障人士適當地暴露接種部位
- 再**核對**智障人士所需**接種的疫苗**
- 除去疫苗包裝進行接種

可於小手推車上，開啓疫苗包裝，再放在盛載疫苗的容器內遞給醫生，可避免疫苗滑落地上及損毀。





# 注!意事項

C. 接種後應



衛生署  
Department of Health

## 接種後觀察反應

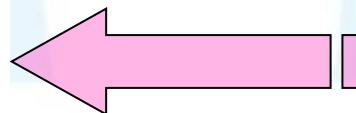
- 一般反應：接種處可能出現痛楚、紅腫。部分人士在6至12小時內可能出現發燒、肌肉、關節疼痛及疲倦等症狀，通常會在兩天內減退
- 如持續發高燒或出現嚴重過敏反應（如出現風疹塊、口舌腫或呼吸困難等），應立刻求醫治理。



# 接種後填寫資料

每一位智障人士完成接種後，職員須確定VMO填妥：

- 同意名單 (P2) – 簽署及接種日期
- 注射記錄(針卡) – 接種日期及VMO姓名
- 同意書 – 接種日期



所有已接種疫苗的同意書(正本)請  
交VMO保存



## 遞交文件

請於首次接種後一星期內將以下文件傳真至本辦事處

- 智障人士同意及不同意名單  
(P2, P3)
- 學校／服務機構報告表(P6)



為智障人士提供流感疫苗 (2015/16 年度)  
 於院舍防疫注射計劃下的接種安排  
**季節性流感疫苗接種報告表**

P6

- 備註：
1. 請於完成首次接種後的一星期內將填妥的服務使用者名單 (P 2 及 P 3) 及報告表 (P 6) 傳真至衛生署流感防  
疫注射計劃辦事處 (傳真號碼：2127 7014)。
  2. 請運用算式核對數字。如欄目沒有數目，請填寫 “0”。

<b>甲部 學校/服務機構資料</b>		
學校/服務機構名稱：_____ 電話：_____		
學校/服務機構編號：_____ 到診註冊醫生姓名：_____		
學校/服務機構負責人／主管姓名：_____ 填寫日期：_____		
<b>乙部 季節性流感疫苗使用報告</b>		
接收季節性流感疫苗數量： 接收日期：_____, ____ 針 接收日期：_____, ____ 針 接收日期：_____, ____ 針 合共 (P) _____ 針	本年度季節性流感疫苗總數量： 本年度接收：3 歲以下劑量 _____ 針 3 歲或以上劑量 _____ 針 合共 (L) _____ 針 $(P = L = B1a + 2xB1b + B2b)$	已使用疫苗 (B1a + 2xB1b + B2b) : _____ 針 (請參照服務使用者名單 P 2)  剩餘／備用疫苗 (L1) : _____ 針 被污染／損壞疫苗 (L2) : _____ 針
<b>丙部 學校/服務機構接種報告 (請參照服務使用者名單 P2 及 P3 填寫)</b>		
服務使用者(智障人士)總人數 (A) : _____ ( $A = B + C$ )		
同意在學校/服務機構接受接種人數 (B) : _____ (請參照附錄 P 2) ( $B = B1 + B2$ )	已接種人數 (B1) : _____ $(B1 = B1a + B1b)$  仍未能完成 接種人數 (B2) : _____ $(B2 = B2a + B2b + B2c)$	只需接種一劑人士，完成注射人數 (B1a): _____  需要接種兩劑人士，完成注射人數 (B1b): _____  需要接種一劑人士，但未完成人數 (B2a): _____  需要接種兩劑人士，只完成一劑人數 (B2b): _____  需要接種兩劑人士，但完全未接種的人數 (B2c): _____
不同意在學校/服務機構接種人數 (C) : _____ (請參照附錄 P3) ( $C = C1 + C2 + C3$ )	對雞蛋、曾接種的滅活流感疫苗或其他疫苗成分 有過敏反應 (C1) : _____  已於 2015 年 9 月 1 日或以後在其他地點接種 (C2) : _____  其他原因 (C3) : _____	

## 未能完成接種

- 如有智障人士當日未能接種疫苗，請在P1的相關位置填寫原因，並將他們的同意書收起由學校／服務機構繼續保存，留待接種後才交VMO（可與VMO另約補種日期）。
- 未經VMO透過醫健通核查同意書的智障人士，應與VMO商議再安排接種日期



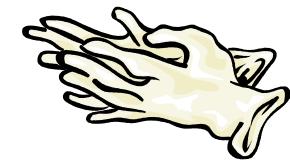
## 更新資料

- 如在首次遞交資料後，再有智障人士接種疫苗，請於接種疫苗後即時將已更新同意名單(P1)傳直至本辦事處。
- P6則不用更新。



# 醫療廢料處理

- 使用過的針筒、針咀放入注射器收集箱
- 處理醫療廢物時應戴上適當的防護裝備，例如手套
- 收集箱到達四份三滿時，便須牢固地關上盒蓋密封，然後才放進紅膠袋內，並用索帶將袋口緊封
- 然後作醫療廢物處理→如學校／服務機構有自聘的醫療廢物承辦商，可自行處理



所有過期/失效的疫苗必須退回本辦事處  
切勿自行棄掉



# 醫療廢料處理

- 如學校／服務機構日常運作已有醫療廢物處理的安排，請自行處理已使用的注射器收集箱
- 學校／服務機構沒有自聘的醫療廢物承辦商，本辦事處會安排收集醫療廢物：

## 第一階段

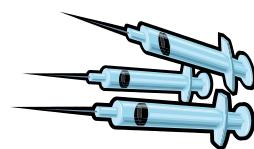
1. 2016年1月已完成接種計劃
2. 沒有剩餘有效疫苗

(2016年2月12日前將填妥的醫療廢物回收表格(P4)傳真至本署)



## 第二階段

1. 2016年2月或以後須為智障人士接種
  2. 尚有剩餘有效疫苗
- (2016年6月10日前將填妥的P4傳真至本署)



# 醫療廢料處理

- 醫療廢物回收表格(P4)須清楚列明：
  - 回收注射器收集箱的數目
  - 每個箱的重量
  - 過期疫苗(如有)的數目
- 由衛生署委派合資格回收人員到服務機構回收注射器收集箱及過期疫苗
- 學校／服務機構職員在醫療廢物運載記錄及醫療廢物收集記錄上簽署及蓋印確定。
- 如回收注射器收集箱/剩餘疫苗的數目和申報的資料有所不同，回收人員會拒絕回收。

每個回收注射器收集箱重量不可超過1.5kg



# 其他廢料處理

- 使用過的棉花球、紗布塊及70%酒精抹紙應當一般廢物處理



# 例行審查

**目的：確保疫苗及注射費沒有被濫用**

- 衛生署會抽樣到學校／服務機構進行例行審查
- 核對智障人士的針卡及學校／服務機構疫苗注射記錄
- 本署職員會先與學校／服務機構預約時間
- 學校／服務機構可致電疫苗計劃辦事處查詢有關核查事宜



# 注意事項



# 常見事故



# 常見事故 - 重複接種疫苗

## 避免方法：

- 查閱過往之疫苗接種記錄(針卡)
- 向家人查詢
- 同意書必須於接種日期前最少10個工作天交給VMO於醫健通查閱智障人士的接種記錄
- 未透過醫健通查閱接種記錄的智障人士，應再約接種日期
- 如有任何有關接種疫苗的事故，應即時通知本署跟進



# 常見事故-疫苗貯存不當

避免方法：

● 確保疫苗貯存於攝氏2至8度：

- 確保電源不會切斷
- 切勿：貼近冷凍板/貯存在冰格內
- 疫苗之間留少許空間
- 避免經常開關雪櫃門
- 避免與智障人士共用放置疫苗的雪櫃
- 雪櫃放置在職員室或職員可監察的位置
- 放置溫度計以監察雪櫃內的溫度
- 定時檢查溫度及記錄



## 常見事故-錯誤接種

避免方法：

- 核實接種者資格及疫苗種類，接種前再核對：
  - 接種者的同意書
  - 同意名單
  - 針卡
  - 疫苗名稱

職員不符合資格接種流感疫苗

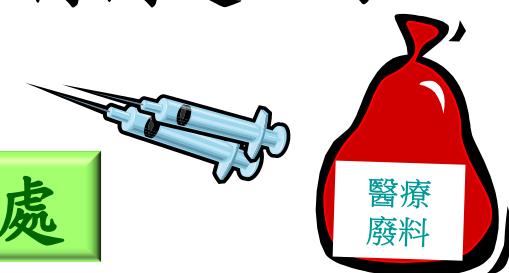


# 常見事故-未能交回失效/過期疫苗

避免方法：

- 按實際需求申請疫苗，避免因貯存不當引致的問題。
- 學校／服務機構切勿自行棄掉失效/過期的疫苗。
- 任何有關疫苗的事故，立即通知本署。
- 如處理注射器收集箱及已過期疫苗有任何問題，可聯絡本署。

所有過期疫苗必須退回疫苗計劃辦事處



如未能交回已過期疫苗，本署可能向學校／服務表格收回未能交回的疫苗費用



# 衛生防護中心網頁

[www.chp.gov.hk](http://www.chp.gov.hk)

## 疫苗接種計劃一覽

- [http://www.chp.gov.hk/tc/view\\_content/18870.html](http://www.chp.gov.hk/tc/view_content/18870.html)

電話熱線：2125 2125



多謝



# 答問時間



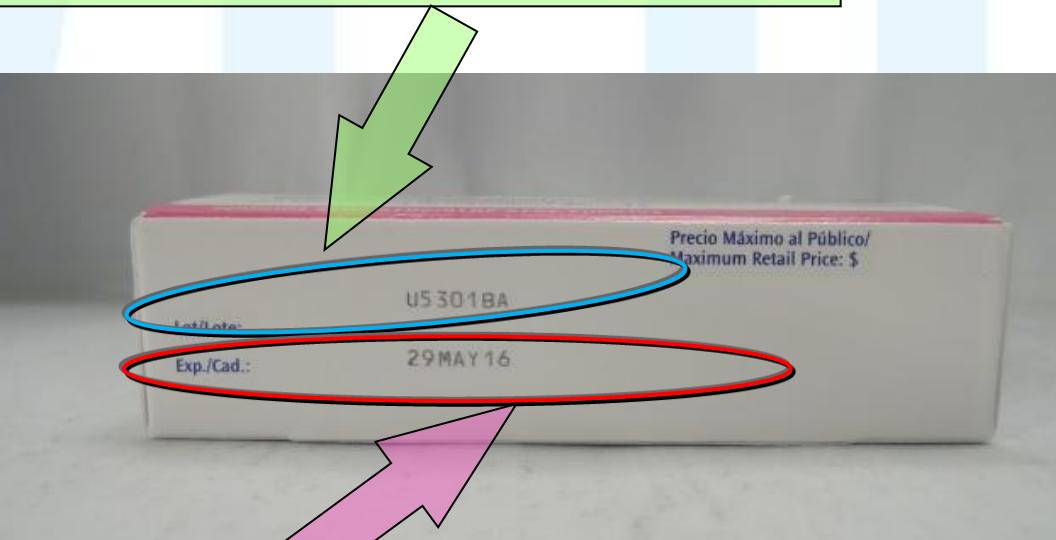
# 額外資料

- 有3歲以下兒童的服務單位



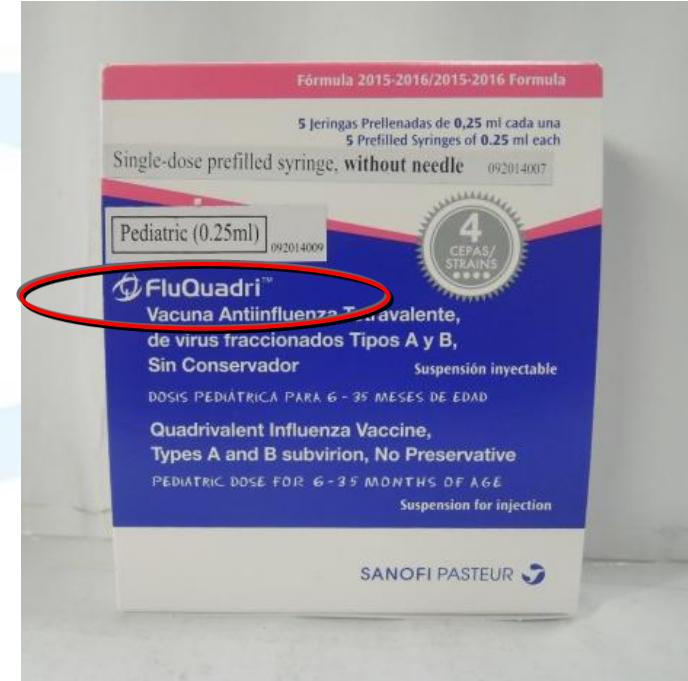
# 額外資料-3歲以下流感疫苗(FluQuadri)

疫苗批次編號(LOT) U5301BA



有效日期 (EXP):  
2016年5月29日

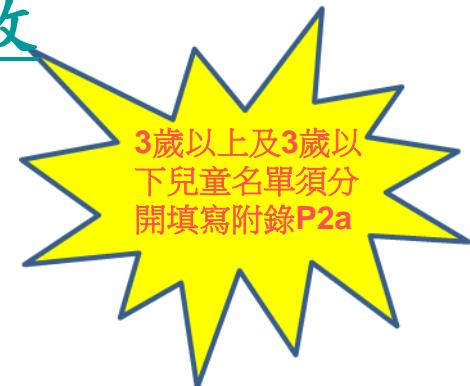
只適用於有3歲以下兒童的服務機構



# 額外資料-3歲以下流感疫苗(FluQuadri)

## 疫苗：

- 預訂 - 將P2a(同意接種流感疫苗名單)(3歲以上/下兒童)與P5(疫苗申請表格)一併傳真
- 包裝 - 注射器(5支/盒)與針咀(100支/盒)分開提供
- 接收 - 數目以5支1盒為單位 → 預訂 ≠ 接收
- 接種 - 確定注射器及針咀穩固連接
- 剩餘 - 賯存於攝氏2至8度以作備用
  - 所有剩餘疫苗必須退回本署
- 種類 - 按照兒童接種時之實際年齡決定



如兒童接種第一針時為3歲以下，須接種6-35個月之疫苗，  
當接種第二針時已為3歲或以上，則須接種36個月以上之疫苗。



FluQuadri

# 疫苗接收-送貨收據



預先裝滿的注射器 (不連針咀，5支/盒)

與針咀分開提供 (100支/盒)



ZUELLIG PHARMA  
HONG KONG

ABC ANNU BLACK HEALTH CENTRE (PHARMACY)  
100 TSAT TSF MTR ROAD,  
NORTH POINT,  
HONG KONG

FluQuadri is packaged WITHOUT needle (A box of 5 pre-filled syringes). A box or section Dickinson (BD) needle 25G x 5/8" (box of 100 pieces) will be provided in a separate packing upon request, the needles will be provided as many as the ordered FluQuadri quantity. The needles will be purchased from BD local authorized distributor in Hong Kong.

Customer Address: 聚利藥房

BUTTERWICK HOSPITAL 2/F 4/F  
COLLINS ROAD 45  
HONG KONG

PHONE : 25616161

D.O. NO. 款項號碼 011243U

Inv. Page No. 次序	Cust./Other Page No. 客户/其他页数	Order Date 日期
1/1	8	25/09/08
Customer Name: 聚利藥房	Phone No.: 25616161	Order Type: O/C
BUUUS	Monthly Credit	HK-50
REF ID: 011243U	Ref ID: 011243U	Ref ID: 011243U
01425495	ZPS	01/1

1. Damage or shortage will not be considered unless reported to the office within 14 days of the arrival date.  
2. Payment due date: 2010/08/30  
3. Please retain the consignee of the seller until payment has been received from the buyer.  
請勿即時拆貨，賣方須收到買方款項後才拆貨。

DEL DM 28.9.2008

Ordered 2 dose, delivered 5 dose

ITEM NO. VACCINE 1 SYRINGE 100SE 07 E7001-3 816.000 2010/08/30 016 Y BOX 916

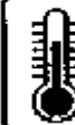
**FluQuadri**

ORIGINAL  
(正單)

Bank Details:  
Beneficiary:  
CMB HK Branch Limited

Bank Name: HSBC  
Account No.: 0204-104-0111  
Bank Account No.: 542-10678-32  
Bank Account No.: 542-10678-33

Please fax to 852-3457-6007  
subject for payment tracking  
Fax: 2560920

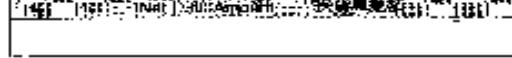


雪貨 2°C-8°C  
送達時間：

11:30am



BD 001: 800  
Contract Number: C-0200320



Received the above mentioned goods in good order and condition  
名稱收貨人: 朱曉輝

Confirmed goods received with Authorised Stamp & Signature & Date  
確認收貨並蓋上簽名及日期

ZUELLIG PHARMA LIMITED  
聚利藥房有限公司

Galle Road, BP., Devon House, Tsim Sha Tsui, Quarry Bay, Hong Kong Tel: 2560920 Fax: 2560748  
地址: 香港九龍尖沙嘴廣東道吉慶樓及火連六樓左座之四

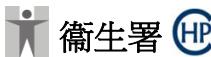
電話: 2560920 2560748 電郵: 2560920

Customer Services Hotline:  
客户服务熱綫: 2560920

25/09/08 10:20:31



學校/服務機構編號
PID0021

  
**衛生署** (HP)  
 為智障人士提供流感疫苗 (2015/16 年度)  
 於院舍防疫注射計劃下的接種安排  
 同意接種季節性流感疫苗 (使用服務者名單)

<b>P 2a</b> (3 歲以上/下服務使用者)
<b>使用服務者 (同意)</b>
<b>季節性流感疫苗接種</b>

學校/服務機構名稱：ABC 幼兒中心到診註冊醫生姓名：李大夫

使用本學校 / 服務機構的智障人士資料 (由學校/服務機構負責人或主管於 2015 年 11 月 6 日填寫)							季節性流感疫苗接種記錄 (由到診註冊醫生於接種疫苗當日填寫)					
	姓名	身份證明文件 號碼頭 4 個字 (例 : A123)	出生日期 (日/月/年)	性別	已核對 同意書 (請加✓)	需要 接種兩劑* (請加✓)	季節性流感疫苗(第一劑)		季節性流感疫苗(第二劑) *		如暫時未能接種, 請註明原因	
							疫苗批次編號 (Lot No.)	有效日期 :	疫苗批次編號 (Lot No.)	有效日期 :		
1	李小芬	Y678	07/10/2014	女								
2	張志豪	Z123	28/09/2013	男								
3												
4												
5												
6	<b>在接種前填寫， 以確保有流暢的 接種程序。</b>											
7												
8												
9												
10												
*只適用於 <u>九歲以下及從未接種過流感疫苗</u> 的兒童  本人茲證明表格內人士為使用本學校/服務機構的智障人士 合共人數(B=B1+B2) :							已接種人數(B1=B1a+B1b) :	_____	未能接種人數(B2=B2a+B2b+B2c) :	_____		
							只需接種一劑人士, 完成注射人數(B1a)=	_____	需要接種一劑人士, 但未完成人數(B2a)=	_____		
							需要接種兩劑人士, 完成注射人數(B1b)=	_____	需要接種兩劑人士, 只完成一劑人數(B2b)=	_____		
							需要接種兩劑人士, 但完全未接種的人數(B2c)	_____				

聲明：本人明白本學校 / 服務機構有責任提供正確資料，如本人故意填報失實資料，可能被檢控及須承擔有關法律責任。

學校/ 服務機構負責人或主管姓名: \_\_\_\_\_

學校/ 服務機構負責人或主管簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_ 頁 / \_\_\_\_ 頁

請於完成首次接種後的一星期內將填妥的服務使用者名單 (P 2 及 P 3) 及報告表 (P 6) 傳真至疫苗計劃辦事處 (傳真號碼: 2713 6916)。

以上個人資料主要供衛生署推行院舍防疫注射計劃之用，亦可能因此向有關部門披露。由於此文件載有個人資料，請機構妥善保存。

服務使用者有權查閱及修正個人資料。如有需要，服務使用者可向上列學校/ 機構負責人或主管提出。

