



Newton 市

Setti D. Warren
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.

2016 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。MDPH 將為我們的學生提供四價基於細胞的流感疫苗 **Flucelvax**。

鼻腔噴霧流感疫苗 **FluMist** 今年不會提供，因為疾病控制和預防 (CDC) 中心的推薦有所更新。

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 個月及以上的任何人都接種流感疫苗。**

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



2016-2017 年學生流感疫苗同意書及篩查表

孩子的姓氏	孩子的名字	出生日期	年齡	性別： 男 女
家長/監護人姓氏	家長/監護人名字		家長/監護人日間電話	
學校名稱	教師（幼稚園至 5 年級） 或團隊（6 至 8 年級） 9 到 12 年級保留空白		年級	

	是	否
1. 您的孩子過去是否曾對流感疫苗產生嚴重反應？		
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）？		

對任何問題回答“是”則表示您的孩子不能在學校接種這一疫苗。如果您不確定這些問題的答案，請聯繫您孩子的衛生保健提供商。

我已經閱讀了針對流感疫苗的 2016-2017 年疫苗資訊聲明，並理解相關風險和益處。
我同意我的孩子接種這一疫苗。

家長/監護人簽名：

日期：_____

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 2016-2017 年季節性流感疫苗，除非他們在 2016 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

學生 2016-2017 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（請使用正楷體：***必填欄位**）

姓名：（姓、名、中間名）*	出生日期：* ____ _ 月 日 年	年齡*	性別：（圈出）* 男 女
街道地址：*			
城市：*	州：*	郵編：*	電話：* ()

保險資訊：**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：*	成員 ID 編號：*	小組 ID 編號：（如可用）
----------	------------	----------------

如果接種疫苗的人不是資訊表簽署人，請填寫以下資訊：

簽署人姓名：（姓、名、中間名）*	簽署人出生日期：* ____ _ 月 日 年	性別：（圈出）* 男 女
簽署人街道地址：*（如與上表位址不同）		
城市：*	州：*	郵編：* ()
患者與簽署人的關係：（圈出）* 配偶 子女 其他		

對於剛滿 18 歲或未滿 18 歲的孩子：

符合兒童疫苗 (VFC) 計畫資格：

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）

是否無醫療保險

是否為美國印第安人（美洲原住民）或阿拉斯加原住民

不符合 VFC 資格：

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

我允許我的保險公司為此支付帳單。

X _____ 日期：_____

（患者、家長或法定監護人簽名）

僅供診所/辦公室使用：

疫苗負責人簽名：_____

服務日期	Vax 類型	疫苗 Mfr	批號	有效日期	劑量 (mL)	州 供應	無 防腐劑	注射方式	注射部位 (圈出)	VIS 日期	VIS 給藥日期
	Flucelvax (ccIV4)	Seqirus				是	是	IM	右臂 左臂	2015 年 8 月 7 日	