BNT 意願書填寫注意事項-5-17 歲評估暨意願書

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗
5 至 17 歲接種評估暨意願書

高雄市 縣(市)　學校名稱：左營高中

1.我已詳閱Pfizer-BioNTech COVID-19 學生接種須知，瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

☐同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗	☐基礎劑第一劑
	☐基礎劑第二劑
	☐追加劑(滿 12 歲以上)
☐不同意	

1. 詳閱說明後，請先勾選同意或不同意。
2. 同意者，請勾選施打種類。

2.接種方式(擇一勾選)

☐於校園集中接種

☐至衛生所/合約醫療院所接種

1. 同意者，請勾選接種方式。

3.接種資訊

學生姓名：_____ (　　年　　班　　號)

身分證/居留證/護照字號：_____

出生日期：(西元) _____年_____月_____日　聯絡電話：_____

家長簽名：_____　身分證/居留證/護照字號：_____

1. 接種資訊請以正楷正確填寫。
2. 請家長務必以正楷簽全名，不可只簽一字，不可使用印章或連續章。簽名不可修改，若有修改請重新填寫。

◆ 接種前自我評估

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史或任何嚴重不良反應。		
2. 現在身體有無不適病徵(如發燒 38℃、嘔吐、呼吸困難等)。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 目前是否懷孕。		

◆ 體溫：_____℃

☐適合接種　☐不適宜接種；原因_____

評估日期：_____年_____月_____日

醫療院所十碼代碼：_____醫師簽章：_____

BNT 意願書填寫注意事項-5-17 歲接種通知單

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗
5 至 17 歲接種後注意事項暨接種通知單

高雄市縣(市)左營高中學校給家長的接種小叮嚀

您的子女 姓名，年級班級座號，於___年___月___日

☐已接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗 ☐第 1 劑 ☐第 2 劑 ☐追加劑

衛生所/合約醫療院所章戳：

【接種後注意事項】

1. 疫苗接種後可能發生的反應大多為**接種部位疼痛、紅腫，通常於數天內消失，其他可能反應包含疲倦、頭痛、肌肉痠痛、體溫升高、畏寒、關節痛及噁心**，這些症狀隨年齡層增加而減少，通常輕微並於數天內消失。依據疫苗臨床試驗顯示**接種第二劑之副作用發生比率高於第一劑。**
2. 接種疫苗後**可能有發燒反應(≥38℃)，一般約 48 小時可緩解。如有持續發燒超過 48 小時、嚴重過敏反應如呼吸困難、氣喘、眩暈、心跳加速、全身紅疹等不適症狀**，應儘速就醫釐清病因。
3. 另依據疫苗上市後資料，**接種 mRNA 疫苗後可能出現極罕見之心肌炎或心包膜炎，接種疫苗後 28 天內若發生疑似心肌炎或心包膜炎的症狀，例如：胸痛、胸口壓迫感或不適症狀、心悸（心跳不規則、跳拍或“顫動”）、暈厥（昏厥）、呼吸急促、運動耐受不良（例如走幾步路就會很喘、沒有力氣爬樓梯）等，務必立即就醫，並告知疫苗接種史，同時臨床醫師需鑑別診斷是否為 SARS-CoV-2 感染或其他病毒感染或其他病因引起之心肌炎或心包膜炎**以做為診斷參考。若為疑似疫苗接種後嚴重不良事件，可經由醫療端或衛生局所協助通報至「疫苗不良事件通報系統」(https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/3-aXlTBq4ggn5Hg2dveHBg)。
4. 完成疫苗接種後，雖可降低罹患 COVID-19 的機率，但仍有可能感染 SARS-CoV-2，仍需注重保健與各項防疫措施，以維護身體健康。
5. 疫苗接種後將會發送**「COVID-19 疫苗接種紀錄卡」**，請妥善保管，接種第二劑疫苗時，需出示作為接種依據，以及完成接種後可作為相關證明。

☐未接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗(原因：☐選擇於合約醫療院所接種☐其他_____)

(此聯請於完成疫苗接種後繳回學校)

_____縣(市)_____學校 __年___班___號

學生姓名：_____，身分證/居留證/護照字號：_____

已於___年___月___日已完成 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗接種☐第 1 劑 ☐第 2 劑☐追加劑

衛生所/合約醫療院所章戳：_____

紅色框框為需要填寫的地方，其餘部分於注射當日由醫療院所填寫。

BNT 意願書填寫注意事項-滿 18 歲評估暨意願書

BioNTech COVID-19 疫苗接種評估及意願書

☐ 已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

1. 詳閱接種須知後請打勾。

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。		
2. 現在身體有無不適病徵（如發燒 38℃、嘔吐、呼吸困難等）。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 目前是否懷孕。		
5. 體溫：　　℃		

班級：＿＿年＿＿班＿＿號

被接種者姓名：＿＿＿＿＿＿　　身分證 / 居留證 / 護照字號：＿＿＿＿＿＿

出生日期：（西元）＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　聯絡電話：＿＿＿＿＿＿

居住地址：＿＿＿＿縣市＿＿＿＿鄉鎮市區＿＿＿＿＿＿

立意願書人：＿＿＿＿＿＿　　身分證 / 居留證 / 護照字號：＿＿＿＿＿＿

☐本人　☐關係人：被接種者之＿＿＿＿＿＿

1. 請以正楷填寫紅框內所有接種資料。

◆ 醫師評估

☐ 適合接種　　☐ 不適宜接種；原因＿＿＿＿＿＿

評估日期：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

醫療院所十碼代碼：＿＿＿＿＿＿　醫師簽章：＿＿＿＿＿＿