

陳瑞祺(喇沙)書院  
九龍何文田常和街四號  
電話：二七一一八一七五  
傳真：二七六二一五五零



CHAN SUI KI (LA SALLE) COLLEGE  
4 SHEUNG WO STREET, HOMANTIN,  
KOWLOON, HONG KONG.  
TEL : 27118175  
FAX : 27621550

20<sup>th</sup> January, 2025

Circular No. 24043

Dear Parents/Guardians,

2024/25 Seasonal Influenza Vaccination School Outreach (S1-S5)

In view of the current Influenza peak season in Hong Kong, our school will participate the seasonal influenza vaccination school outreach program again. Students who missed the previous flu vaccination session are encouraged to participate in this upcoming vaccination programme. Dedicare Medical Centre will come to our school on **Thursday, 23 January 2025** to provide quadrivalent influenza vaccination to our students. Parents who consent to your child's participation must return the completed and signed consent form **by Tuesday, 21 January 2025**.

Please note that **students who do not participate in the program are not required to return the consent form**. For enquiries, please contact Mr. Ngan Lit Chung at 2711 8175. For other vaccination-related enquiries (including any medical concerns or questions about vaccination suitability), please consult your family doctor or contact Dedicare Medical Centre staff at 2468 2248.

Yours faithfully,

Lee Po Chu Fiona  
Principal



陳瑞祺(喇沙)書院  
九龍何文田常和街四號  
電話：二七一一八一七五  
傳真：二七六二一五五零



CHAN SUI KI (LA SALLE) COLLEGE  
4 SHEUNG WO STREET, HOMANTIN,  
KOWLOON, HONG KONG.  
TEL : 27118175  
FAX : 27621550

通告編號：24043

### 2024/25 季節性流感疫苗學校外展(免費)計劃接種事宜

有鑒於香港正面臨流感高峰期，本校將於**2025年1月23日(四)**上午再次舉辦免費季節性流感疫苗學校外展服務。緻仁醫療中心將於當日上午到校為學生注射四價季節性流感疫苗。如家長同意貴子弟接種疫苗，家長必須在2025年1月21日(二)交回已填妥及簽署的同意書。

為了避免流感病毒於本校傳播，本校鼓勵未參與上次流感疫苗計劃的同學參與是次活動。請注意，不參與計劃的同學無須交回同意書。如有查詢，請致電2711 8175聯絡顏烈聰老師。如有其他有關疫苗接種查詢(包括任何醫學上問題、學生是否適合接種等)，請向家庭醫生諮詢意見或致電2468 2248與「緻仁醫療中心」職員聯絡。

此致  
中一至中五級家長



陳瑞祺(喇沙)書院校長  
李寶珠 啟

二〇二五年一月二十日



[四價]流行性感疫苗注射同意書  
Consent for Quadrivalent Influenza Vaccination (QIV)



A. 個人資料 Personal Particulars

英文姓名 Name in English		中文姓名 Name in Chinese	
出生日期 Date of Birth:	性別 男 <input type="checkbox"/> Sex: Male <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	身份證號碼 HKID/Passport No:

B. 如 18 歲以下，請家長/監護人回答以下問題，在適當的方格內加上√。Please tick as appropriate.

1.	您是否從未接種過流感疫苗? Have you received influenza vaccination in the past?	<input type="checkbox"/> 從未 Never	<input type="checkbox"/> 曾經接種 YES
如果您有以下任何一種情況，請說明 Please state if you have any of the following situations			
	<b>Yes 是</b>	<b>No 否</b>	<b>健康狀況 Health Status</b>
			對雞蛋或對任何疫苗 (例如：流感疫苗)、藥物或抗生素 (例如：新霉素、慶大霉素) 敏感，請註明： Allergic to eggs or to any vaccine (such as influenza vaccine) or medications (such as Neomycin, Gentamycin), please specify:
			曾患出血病症或正服用抗凝血劑 History of bleeding disorders or on anticoagulants?
			您是否曾接種疫苗後，出現手腳痲痺、無力或其他過敏反應? Have you ever experienced limb numbness or weakness, or allergic reactions after receiving vaccination?
			曾患有【吉巴氏綜合症】History of Guillain-Barré Syndrome (GBS)?
			免疫力低 / 正接受類固醇治療 Weakened immunity or under steroid treatment?
3.	接種者是否需要接受本年度第二劑疫苗*? Do you require a second dose this year*?	<input type="checkbox"/> 需要 Yes	<input type="checkbox"/> 不需要 No
*九歲以下從未接種過流感疫苗的小童，建議於完成第一劑後至少 4 星期，接種第二劑疫苗 For children aged under 9 who have not previously been vaccinated, a second dose should be given after an interval of at least 4 weeks			
<b>流行性感疫苗須知 Influenza Vaccine Information</b>			

流感疫苗有效期一年，每年需接種一次。凡 9 歲以下從未接種過流感疫苗的兒童，均須接種兩劑流感疫苗，而兩劑疫苗的接種時間須至少相隔四個星期

不宜接種流感疫苗人士：對雞蛋、新霉素(Neomycin)、慶大霉素(Gentamycin)或流感疫苗有過敏反應的人士；在注射當日身體不適或有發燒的人士都不宜接種。

曾對雞蛋有嚴重過敏反應的人士，應由專業醫護人員在能識別及處理嚴重過敏反應的適當醫療場所內接種。流感疫苗內雖含有卵清蛋白（即雞蛋白質），但疫苗製造過程經過反覆純化，卵清蛋白的含量極少，即使對雞蛋敏感的人士，在一般情況下亦能安全接種。

流感疫苗十分安全，除了接種部位可能會出現痛楚、紅腫外，一般並無其他副作用。部分人士在接種後 6 至 12 小時內可能會出現發燒、肌肉疼痛，以及疲倦等症狀，這些症狀通常會在兩天內減退。如持續發燒或不適，請諮詢醫生意見。若出現罕見的風疹塊、口舌腫脹、手腳痲痺、無力及呼吸困難等不良反應，患者必須立即求醫。

The vaccine is effective for 1 year; you should take the influenza vaccine annually. Children under 9 years old who have never received any influenza vaccine are recommended to have 2 doses of influenza vaccine with a minimum interval of 4 weeks

People who are allergic to eggs, Neomycin, Gentamycin or flu vaccine; and/or people who have fever should not take influenza vaccine

Individuals with a history of anaphylaxis to eggs should have seasonal influenza vaccine administered by health care professionals in appropriate medical facilities with capacity to recognize and manage severe allergic reactions. Influenza vaccine contains ovalbumin (a chicken protein), but the vaccine manufacturing process involves repeated purification and the ovalbumin content is very little. Even people who are allergic to eggs are generally safe to receive vaccination

Inactivated influenza vaccine is very safe and usually well tolerated, apart from occasional soreness, redness or swelling at the injection site. Some people may experience fever, muscle pain, and tiredness 6 to 12 hours after vaccination. These usually improve in two days. If fever or discomfort persists, please consult a doctor. Severe allergic reactions like hives, swelling of the lips or tongue, and difficulties in breathing, or serious adverse events such as limb numbness or weakness are rare but require emergency consultation.

本人 \_\_\_\_\_ (接種者/家長/監護人\*) 已閱讀及明白有關流感疫苗的資料，聲明以上所提供關於接種者健康狀況的資料全屬正確，並同意接受流感疫苗注射。I \_\_\_\_\_ (Myself/Parent/Guardian\*) have read and understood the information given to me about the influenza vaccination. I declare the above information provided concerning the health condition of the vaccine recipient is correct. I hereby give my consent for the vaccine recipient to be vaccinated. (\*請刪去不適用者 Please delete as appropriate)

簽署 Signature: \_\_\_\_\_ 日期 Date: \_\_\_\_\_

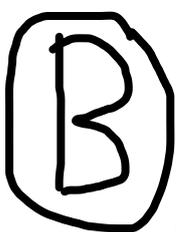
聯絡電話 Contact No: \_\_\_\_\_

<b>For office use only</b> Fluarix Tetra / Vaxigrip Tetra x 1 Dose Inj site: L / R *Deltoid / Quad
Batch No: _____ Body Temp: _____

緻仁醫療會將閣下的資料保密，收集的任何個人資料將僅用於次疫苗注射之用途，但可能將有關資料提供予已獲法例授權的有關人士（例如法庭頒令）。有關本公司個人資料處理守則，請參閱本公司網頁之私隱政策聲明。Data held by Dedicare Ltd relating to data subjects will be kept confidential, any personal data collected from you will only be used for the vaccination, but the company may provide such information to any person to whom the company is under an obligation to make disclosure under the requirements of any law bringing on the company (e.g. court orders). Please refer to the privacy policy statement shown in our website for the guideline of using the personal data collected.

**Dedicare Medical Centre 緻仁醫療中心**  
Room 2108 Melbourne Plaza, 33 Queen's Road Central, Hong Kong  
香港中環皇后大道中 33 號萬邦行 2108 室  
Tel 電話: 2468-2248, Fax 傳真: 24682718  
F027-V1

Given by: _____ Date: _____
<input type="checkbox"/> Dr. Brian Chung <input type="checkbox"/> Dr. Henry Chan



衛生署  
疫苗資助計劃  
使用疫苗資助同意書

適用於 65 歲以下人士

醫健通 (資助) 交易號碼 (由醫生填寫)  
只可填寫一個交易號碼

TG \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

注意：請用黑色或藍色筆以正楷填寫本同意書。接種兩劑受資助的疫苗須填寫兩份同意書。

在簽署本同意書前，請先閱讀有關上述資助計劃及所接種疫苗資料的單張。

請在適當位置加上“✓”號及 \* 刪去不適用者。

\*\*\*\*\*

本人同意使用政府在疫苗資助計劃下提供的資助為本人 / 本人的子女 / 受監護者 \* 接種季節性流感疫苗，詳情如下：

醫生姓名	接種日期
接種疫苗地點名稱	

季節性流感疫苗種類及劑次 (請在適當位置加上“✓”號)

<input type="checkbox"/> 滅活疫苗 (注射式)	<b>9 歲或以上人士：</b> <input type="checkbox"/> 本季度唯一一劑 <b>9 歲以下兒童並曾於過往季度接種過一劑或以上季節性流感疫苗：</b> <input type="checkbox"/> 本季度唯一一劑
<input type="checkbox"/> 滅活疫苗 (噴鼻式)	<b>9 歲以下兒童並從未於過往季度接種過季節性流感疫苗：</b> <input type="checkbox"/> 本季度第一劑 <input type="checkbox"/> 本季度第二劑

資格聲明 (請在適當位置加上“✓”號及 \* 刪去不適用者)

本人確認 本人 / 本人子女 / 受監護者 \* 為香港居民及：

本人正在懷孕  
由登記參與計劃的主診醫生確認懷孕： \_\_\_\_\_ 登記參與計劃的主診醫生簽署確認

本人年齡介乎 50 至未滿 65 歲 (年屆 65 歲或以上長者請使用另一表格)

本人子女 / 受監護者 \* 年齡介乎 6 個月至未滿 18 歲 或 已年滿 18 歲或以上並現正就讀香港的中學 (如屬後者，請提供學生手冊或學生證副本)

本人子女 / 受監護者 \* 乃智障人士並持有：

殘疾人士登記證 (註明「智障」或「弱智」)：  實體卡  電子版本^

^由登記參與計劃的主診醫生確認已查核  
電子版本殘疾人士登記證： \_\_\_\_\_ 登記參與計劃的主診醫生簽署確認

由註冊醫生發出的醫生證明書以證明本人子女 / 受監護者 \* 有資格接受資助接種疫苗

指定的智障人士服務機構負責人所簽發的證明書  
(請提供前述證明文件副本，電子版本殘疾人士登記證除外)

本人 / 本人子女 / 受監護者 \* 為：

領取社會福利署傷殘津貼人士 (請提供傷殘津貼批准信副本)

領取社會福利署綜援計劃標準金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士  
(請提供證明文件副本及簽署登記參與計劃醫生提供的聲明書)



## 承諾及聲明

1. 本人特此聲明，本人在此同意書中所提供的一切資料，全屬真確。
2. 本人同意把此同意書中本人 / 本人子女 / 受監護者的個人資料及有關是次會診的任何資料供政府用於「收集個人資料目的」所述的用途。本人特此同意醫生將上述個人資料及有關是次會診的任何資料轉交及發放予政府、其代理人或其他獲政府授權的人士。本人備悉當局或會與我聯絡，以核實有關資料及本人 / 本人子女 / 受監護者使用政府資助以接種疫苗事宜。
3. 適用於香港特別行政區智能身份證持有者：本人同意授權醫生讀取儲存在本人 / 本人子女 / 受監護者香港特別行政區智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼，中英文姓名，出生日期和香港身份證簽發日期)，以供政府於「收集個人資料目的」所述的用途。
4. 此同意書受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人及政府須不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄權管轄。
5. 本人已仔細閱讀此同意書及完全理解此同意書中本人的義務和責任。

## 收集個人資料目的聲明

### 收集個人資料目的

1. 所提供的個人資料，會供政府作下列一項或多項用途：
  - (a) 開設、處理及管理醫健通 (資助) 戶口，資助付款，以及執行和監察疫苗資助計劃，包括但不限於通過電子程序與入境事務處的數據核對；
  - (b) 作統計和研究用途；
  - (c) 接收由政府提供的疫苗接種資訊；以及
  - (d) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 就是次會診作出的疫苗接種記錄，可給公營及私營醫護人員取得，作為決定及提供服務使用者所需要的醫療服務的用途。
3. 衛生署可向有關政府決策局／部門透露 / 索取你 / 你的子女 / 受監護者的個人資料及記錄，以核實你為衛生署疫苗資助計劃下的合資格組別人士。
4. 提供個人資料乃屬自願性質。如果你不提供充分的資料，可能無法使用資助。

### 接受轉介人的類別

5. 你所提供的個人資料，主要是供政府內部使用，但政府亦可能於有需要時，因以上第 1、2 段所列收集資料的目的而向其他機構和第三者人士披露。

### 查閱個人資料

6. 根據《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章) 第 18 和第 22 條以及附表 1 保障資料原則第 6 原則所述，你有權查閱及修正你的個人資料。本署應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

### 查詢

7. 如欲查閱或修改有關提供的個人資料，請聯絡：

行政主任(疫苗資助計劃)

地址：九龍紅磡德豐街 18-22 號海濱廣場二座 3 樓

電話：2125 2125