

## 「原國小一年級生應接種之疫苗提前於入學前完成」 接種作業規範

- 一、 **緣由：**基於社會型態之轉變與家長對於疫苗接種審慎之需求，並考量小一學童現行接種之疫苗項目繁多，衛生所與學校業務龐雜，為提升接種品質與效能，讓幼童能在入小學前於醫療院所接受醫師的診察後完成疫苗接種，及早獲得保護力，爰依據衛生署傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)決議，將小一學童全面接種之麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗(MMR)、減量白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗(Tdap-IPV)、日本腦炎疫苗(JE)提前至入小學前於衛生所或醫療院所完成，惟考量疫苗免疫力持續時效，建議於滿 5 歲至入國小前完成接種。
- 二、 **實施時間：**民國 101 年 4 月 2 日起實施。
- 三、 **接種對象：**
  - (一) 101 年度：101 年 9 月將進入國小就讀且滿 5 歲以上之兒童。
  - (二) 102 年度以後：滿 5 歲以上入小學前之兒童。

#### 四、 實施疫苗項目：

- (一) 101 年度：因 JE 供貨期程延後，故本年度優先實施 MMR、Tdap-IPV 之提前接種，JE 則仍維持於國小一年級接種。
- (二) 102 年度以後：滿 5 歲以上之幼童於入國小前完成 MMR、Tdap-IPV 及 JE 疫苗接種。

#### 五、 接種地點：全國各縣市衛生所及預防接種合約醫院診所。

#### 六、 接種作業方式：

- (一) 由疾病管制局印製國小新生入學前預防接種通知單（附件 1），撥發各衛生局分發至轄區公私立（立案與非立案）之幼稚園大班幼童，請園所協助訂於聯絡簿，提醒家長提前攜幼童赴衛生所、合約院所接種；另於發送國小入學通知單時，再次通知提醒，同時提醒幼童家長於國小入學時繳交預防接種時程及紀錄表影本。
- (二) 如幼童尚未完成學齡前應接種之各項疫苗，請各衛生所、合約院所為其安排後續接種時程，儘速完成補接種及上述疫苗之接種。
- (三) 實施國小新生預防接種紀錄檢查作業時，應確實檢視幼童是否已於入學前完成各項應接種之疫苗項目，避免後續重複接種。

(四) 針對未完成上述疫苗接種學童(含 MMR2、Tdap-IPV、JE)，  
仍安排於校園進行補接種。

## 七、 接種紀錄及全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)登錄

(一) 預防接種時程及紀錄表：由本局統一印製註記貼紙，分配各縣市衛生局，提供轄內衛生所及合約院所，針對現行陸續進行常規接種且持用原接種時程紀錄表的幼童，於其前來接種時，將修訂之註記貼紙(如附件 2)黏貼於預防接種時程及紀錄表原國小一年級欄位，以提醒家長其後各該項疫苗提前於入學前完成接種。

(二) 預防接種紀錄卡之填寫：該劑接種時間、接種單位請確實登記於預防接種時程及紀錄表上原列國小一年級應接種劑次各欄位。

(三) NIIS 登錄：各該劑接種資料請確實登錄於 NIIS-嬰幼兒黃卡資料登錄作業之「小一：MMR2」、「小一：Tdap-IPV」及「小一：JE4」欄位。

八、 衛教宣導：由疾病管制局印製接種通知單及宣傳海報，同時透過相關主管機關與資源管道進行宣導。

九、 接種後嚴重不良反應事件通報及因應

- (一) 衛生所及合約醫療院所於執行本項接種工作時，若發現有接種後嚴重不良反應事件時，應比照其他疫苗，立即填列疑似疫苗接種後不良反應通報單(附件 3)通報衛生局，並副知疾病管制局。衛生局於收到衛生所/醫療院所之嚴重不良反應事件通報時，應立即進行追蹤處理。
- (二) 針對疑似因預防接種而受害之請求權人提出救濟申請時，應依「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」規定之處理流程辦理。

# 國小新生入學前預防接種通知書

親愛的家長：

恭喜您的寶貝即將於101年9月進入國小就讀，為了讓您的寶貝能及早獲得保護力，並能於醫療院所接受醫師的診察後完成疫苗接種，衛生署疾病管制局針對原訂於國小接種之疫苗，提前為滿5歲至入小學前完成。請家長於您的孩子進入國小一年級就讀前，撥空帶著您的孩子及其兒童健康手冊之「預防接種時程及紀錄表」、健保卡，就近前往衛生所或合約院所接種下列疫苗：

◎ 麻疹腮腺炎德國麻疹混合 (MMR) 疫苗第二劑

◎ 減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗(Tdap-IPV)一劑

※上述兩項疫苗可同時分開不同部位接種

如您的寶貝尚未完成學齡前應接種之各項疫苗，亦請依各衛生所或合約院所安排之時程，儘速完成補接種及上開疫苗之接種。完成疫苗接種後，請於國小入學時將「預防接種時程及紀錄表」影本繳交學校查核。如有任何疑問，請洽詢轄區衛生所（連絡電話：\_\_\_\_\_）。

衛生所章戳



衛生署疾病管制局 關心您

101年3月印製



附件 3

<b>疑似接種疫苗後 不良反應通報表</b>	*1. 發生日期：年 月 日 時		2. 通報者獲知日期：年 月 日					
	3. 通報中心接獲通報日期：年 月 日 (由通報中心填寫)							
<b>通報中心填寫</b> 個案編號：	4. 通報者 *姓名：_____ 服務機構：_____ *電話：_____ 電子郵件信箱：_____ 地址：_____ 縣市 _____ 區 原始通報者屬性： <input type="checkbox"/> 醫療機構人員 (職稱： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 衛生單位人員 <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾							
	5. 接種單位： 地 址：_____ *接種人員姓名：_____ *聯絡電話：_____		6. 就診醫院：(同通報者僅需填主治醫師姓名) 地 址：_____ 縣市 _____ 鄉鎮市區 *主治醫師姓名：_____ 聯絡電話：_____					
<b>I. 接種個案基本資料</b>								
*7. 姓名：_____ 8. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 9. 出生日期：_____年_____月_____日 或年齡：_____歲								
*10. 身分證字號：_____ 11. 聯絡電話：_____								
12. 住址：_____ 市 _____ 區 _____ 里 _____								
<b>II. 不良事件有關資料</b>								
*13. 不良事件結果 (單選，以最嚴重結果勾選) <input type="checkbox"/> A. 死亡，日期：_____年 月 日，死亡原因：_____ <input type="checkbox"/> B. 危及生命 <input type="checkbox"/> C. 造成永久性殘疾 <input type="checkbox"/> D. 胎兒先天性畸形 <input type="checkbox"/> E. 導致病人住院或延長病人住院時間 <input type="checkbox"/> F. 需作處置以防永久性傷害 <input type="checkbox"/> G. 非嚴重不良事件 (非上述選項者)			15. 相關檢查及檢驗數據 (將結果與數據依日期填寫) 1					
*14. 通報不良事件描述 (應包括不良事件發生之日期、部位、症狀、嚴重程度及處置)： 不良事件症狀：			16. 其他有關資料 (包含過去疾病史、過敏病史、類似之不良事件及其他相關資訊)：					
不良反應類別		詳述發生日期、部位、症狀、嚴重程度及處置						
<input type="checkbox"/> A、局部反應(局部紅、腫、痛、類蜂窩性組織炎、淋巴腺炎等)								
<input type="checkbox"/> B、血液、免疫、皮膚症狀(血小板低下、出血性紫斑症、皮疹、蕁麻疹、過敏反應等)								
<input type="checkbox"/> C、系統性反應(發燒、頭痛、噁心、嘔吐、全身不適等)								
<input type="checkbox"/> D、神經、肌肉系統症狀(顏面神經麻痺、腦炎、腦膜炎、抽筋、痙攣、癲癇等神經或肌肉症狀、及頭暈、胸悶、無力等疑似暈針等症狀)								
<input type="checkbox"/> E、其他								
相關診斷結果：			*17. 目前診察結果及後續處理情形： 是否已康復： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>III. 接種疫苗資料</b>								
<b>18. 疑似引起不良反應疫苗/併用疫苗及藥品</b>								
*疫苗名稱/ 藥品名稱	劑次	接種途 徑/ 給藥途 徑	*接種給藥日期/時間	接種部位	劑量	廠牌	批號	效期

(2010.01.31)