City of Newton

Setti D. Warren
Mayor

衛生與公眾服務部

Linda Walsh, Interim Commissioner
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.

2014 年 09 月 15 日

親愛的家長/監護人:

衛生與公眾服務部很高興再次提供流感疫苗給所有 Newton 幼稚園至十二年級的學生。

流感針和鼻腔噴霧流感疫苗將在上學時間免費提供。因為麻州公眾衛生部提供流感疫苗給學生，今年的流感疫苗計劃再度是免費的，但我們必須要求保險資料來幫助補償流感疫苗的行政開支。

由十月到十一月中在每一間 Newton 公立學校將設有疫苗中心。特定的日期將透過每一間學校和網站 www.newtonma.gov/flu 公布。

要為您的子女登記，您應在子女的學校疫苗日不少於兩個學校日前交回以下兩份表格給學校護士：

1. **同意／篩查表**
2. **學生接受疫苗紀錄／保險資料表**

可到網站 www.newtonma.gov/flu 下載表格或在學校護士辦公室索取。沒有登記的學生是不可接受疫苗的。

同意／篩查表要求家長選擇流感針或鼻腔噴霧流感疫苗。有關每種疫苗的資料，包括風險和益處，可在網站 www.newtonma.gov/flu 上的疫苗資料聲明找到。學校護士亦有有關資料和可以回答任何問題。

流感預防針和鼻腔噴霧流感疫苗都是四價疫苗來預防四類流感。控制和預防疾病中心(CDC) 推薦每個 6 個月大和以上的人士接受流感疫苗。當兩種疫苗都有時，CDC 首次比流感預防針更推薦鼻腔噴霧流感疫苗給 2 歲至 8 歲的健康兒童。

按照麻州法例今年我們會通過麻州免疫資料系統(MIIS)的電腦化免疫登記來報告流感疫苗的進行。MIIS 存儲免疫記錄。所有 MIIS 內的資料都是安全和保密的。MIIS 允許醫生，學校護士，當地健康委員和關注免疫的州機構分享資料。你有權反對 MIIS 分享資料。假如需要知道更多資料，請問你的醫生，上 MIIS 網站 www.mass.gov/dph/miis，或直接聯系麻州免疫計劃 617-983-6800 或 888-658-2850。www.newtonma.gov/flu 有選擇退出表格和應交回給學校護士。

每年兒童都有風險因流感而發展出嚴重並發症。流感疫苗是其中一個最好方法保護兒童不受流感感染。我們希望您利用這項重要預防計劃。

真誠的，

Ruth Hoshino
學校護士總監

David Fleishman
校監

City of Newton

Setti Warren
Mayor

衛生與公眾服務部
Linda Walsh, 代理處長
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.

學生流感疫苗同意和篩查表 2014-15

Child's Last Name 子女的姓	Child's First Name 子女的名	Date of Birth 出生日期	Age 年齡	Gender:性別 ☐ M 男 ☐ F 女
Parent/Guardian Last Name 家長/監護人的姓	Parent/Guardian First Name 家長/監護人的名		Parent/Guardian Daytime Phone 家長/監護人日間電話	
SCHOOL NAME 學校名稱	Teacher 老師 (K to 5th grade 幼稚園至 5 年級) OR Team 隊伍 (6th to 8th grade 6 至 8 年級) Leave blank for 9th-12th graders 9 至 12 年級同學留空		GRADE 年級	

選擇流感針或鼻腔噴霧流感疫苗

- **只需要回答所選擇了的疫苗類別內的篩查問題。**
- **在表格底部簽署。**
- **如果任何問題的答案是 "是"(除了第 12 題)顯示您的子女不能接受那種疫苗。如果您不肯定某些問題的答案，請聯絡您子女的醫生。**

請為您的子女選擇以下**一種**疫苗

☐ FLU SHOT 流感針

	Yes 是	No 不是
1. Does your child have a problem eating eggs? 您子女吃雞蛋有沒有困難？		
2. Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymixin or gelatin? 您子女有沒有對慶大霉素、新黴素、多粘菌素或明膠有敏感？		
2. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? 您子女曾否對以前的流感疫苗有嚴重反應？		
3. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?您子女曾否在接受疫苗後 6 星期內有過格林巴利綜合症(暫時嚴重肌肉軟弱)？		

I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the flu shot and understand the risks and benefits. I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine.我已經閱讀過 2014-2015 疫苗資料聲明關於流感針並明白風險和益處。我同意我的子女注射這疫苗。
家長／監護人簽署：_____日期：_____

所有 6 個月至 8 歲的兒童：

兒童在這個年齡組別內應接受 2014-2015 年兩劑季節性流感疫苗而每劑至少分開四星期，除非他們已接受：

- 起碼一劑 2013-14 季節性流感疫苗

或

- 起碼兩劑過去的季節性流感疫苗，和起碼一劑 2009 包括(H1N1)疫苗

聯系兒童的醫生去接受第二劑量，或上網站 www.newtonma.gov/flu 獲知額外的診所。

或

☐ NASAL SPRAY 鼻腔噴霧

	Yes 是	No 不是
1. Does your child have a problem eating eggs? 您子女吃雞蛋有沒有困難？		
2. Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymixin or gelatin? 您子女有沒有對慶大霉素、新黴素、多粘菌素或明膠有敏感？		
3. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? 您子女曾否對以前的流感疫苗有嚴重反應？		
4. Does your child have asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood? 您子女有沒有哮喘、糖尿病(或其他新陳代謝病)、或肺、心臟、腎、肝、神經、血等病？		
5. If your child is younger than 5 years old, has a healthcare provider told you that your child had wheezing or asthma within the last 12 months? 如您子女少於 5 歲，有醫生在過去 12 個月告訴您有關您子女有氣喘或哮喘嗎?		
6. Does your child have a weak immune system (from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)? 您子女是否有一個弱的免疫系統(由 HIV、癌症、或其他如類固醇或那些用來醫治癌症的藥物)？		
7. Is your child taking antiviral medications? 您子女是否正服用抗病毒藥物？		
8. Does your child take aspirin or aspirin-containing every day? 您子女是否每天服用阿斯匹靈或含有阿斯匹靈的藥?		
9. Is your child pregnant? 您子女是否懷孕？		
10. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine? 您子女曾否在接受疫苗後 6 星期內有過格林巴利綜合症(暫時嚴重肌肉軟弱)？		
11. Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)? 您子女是否與一些需要在受保護環境下照顧的人有緊密接觸(例如某人最近接受了骨髓移植手術)?		
12. Has your child received any other vaccinations (not just flu) in the past 30 days? 您子女在過去 30 日有沒有接受過其他疫苗(不單是流感)？ Vaccine 疫苗:_____ Date 日期: ___/___/___		

I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the nasal spray and understand the risks and benefits. I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine.我已經閱讀過 2014-2015 疫苗資料聲明關於鼻腔噴霧並明白風險和益處。我同意我的子女注射這疫苗。

家長／監護人簽署：_____ 日期：_____

Student 2014-2015 Insurance Information Form & Vaccine Administration Record
2014 – 2015 學生保險資料表格及疫苗紀錄

The completion of this form is necessary for every vaccine recipient. If no insurance information is available, please fill out as much as possible using existing information.

每個接受疫苗人士必須填好這表格。如沒有保險資料，請用現有資料盡量填寫。

Information about the person to receive vaccine 接受疫苗人士的資料 (please print 請正寫):

*Required Fields 必須填寫

Name 姓名: (Last 姓, First 名, MI 中間名)*	Date of birth 出生日期: * _____ ____ _____ Month 月 Day 日 Year 年	Age 年齡*	Sex 性別: (Circle 圈)* Male 男 Female 女
Street Address 街道地址:*			
City 城市:*	State 州: *	Zip 郵號:*	Phone 電話:* ( )

Insurance Information: *Include the whole member ID number and any letters that are part of that number*

保險資料：*包括整個會員身份號碼和在號碼上任何字母*

Name of Insurance Company 保險公司名字:	Member ID Number 會員身份號碼:	Group ID Number 組別號碼: (if available 如有)

If person getting vaccinated is not the subscriber, please complete the following:

如接受疫苗人士不是訂購者，請填寫下面資料：

Subscriber's Name 訂購者姓名: (Last 姓, First 名, MI 中間名)	Subscriber's Date of Birth 訂購者出生日期: _____ ____ _____ Month 月 Day 日 Year 年	Sex 性別: (Circle 圈) Male 男 Female 女
Subscriber's Street Address 訂購者街道地址: (If different from address above 如與上述地址不同)		

City 城市:	State 州:	Zip 郵號:	Phone 電話: ( )

Patient Relationship to Subscriber 病人與訂購者關係: (Circle 圈)

Spouse 配偶 Child 子女 Other 其他

For children 18 years of age and younger: 給 18 歲或以下的兒童:

Is Vaccine for Children (VFC) Program eligible 合兒童疫苗計劃(VFC) 的資格： ：

- ☐ Is enrolled in Medicaid (includes MassHealth and HMOs etc. if enrolled through Medicaid)有參加 Medicaid (如透過 Medicaid 參加,包括 MassHealth 和 HMOs 等等)
- ☐ Does not have health insurance 沒有醫療保險
- ☐ Is American Indian (Native American) or Alaska Native 是美國印第安人(本土美國人)或阿拉斯加土著

Is not VFC-eligible 不合 VFC 資格：

- ☐ Has health insurance and is not American Indian (Native American) or Alaska Native 有醫療保險和不是美國印第安人(本土美國人)或阿拉斯加土著

I give permission for my insurance company to be billed.
我允許向我的保險公司寄帳單。

X _____ Date: _____
(Signature of patient, parent or legal guardian)(病人、家長或合法監護人簽署) 日期

****

For Clinic/Office Use Only: 只供疫苗中心/辦公室填寫: Signature of Vaccine Administrator: _____

Date 0f Service	Vax Type	Vaccine Mtgr	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	State Supplied	Preserv Free	Injection Route (Circle)	Injection Site (Circle)	Date On VIS	Date VIS Given
	IIV4				0.5	Yes No	Yes No	IM	R Arm L Arm	8/19/14	9/15/14
	LAIV4	Med-Immune			0.2	Yes No	Yes	Intranasal	NA	8/19/14	9/15/14

Provider Name: Newton Health & Human Services Department MDPH Provider PIN#: 11223

Provider Address: 1000 Commonwealth Ave Newton, MA 02459

疫苗信息声明

流行性感冒疫苗

（流感疫苗、活性、鼻内）

接种须知

2014-2015 年

Many Vaccine Information Statements are available in Simplified Chinese and other languages. See www.immunize.org/vis

许多疫苗信息声明均提供中文和其他语言版本。请参阅 www.immunize.org/vis

1 为何要接种疫苗?

流行性感冒（“流感”）是一种传染性疾病，在美国，每年冬季（通常在 10 月至 5 月之间）是流感高发期。

流感由流行性感冒病毒引起，主要通过咳嗽、打喷嚏和密切接触进行传播。

任何人都可能患上流感，但儿童患上流感的风险最高。症状较为突然，并可能持续数天。症状可能包括：

- 发烧 / 发冷
- 喉咙痛
- 肌肉酸痛
- 疲劳
- 咳嗽
- 头痛
- 流鼻涕或鼻塞

某些人的流感症状可能比其他人严重很多。这些人包括年幼的儿童、65 岁及以上的人士、孕妇和有某些健康状况的人士 – 如心脏、肺部或肾脏疾病、神经系统失调或免疫系统削弱。流感疫苗对这些人及与他们有密切接触的任何人尤为重要。

流感也可导致肺炎，以及使现有病况恶化。流感可引起儿童腹泻和癫痫发作。

每年**美国有数千人死于流感**，还有更多人因流感住院。

流感疫苗是我们预防流感及其并发症的最好方法。流感疫苗也有助于防止流感在人与人之间传播。

2 活性减毒流感疫苗 — LAIV、鼻喷式

您将要接种**活性减毒流行性感冒疫苗** (LAIV)，该疫苗为鼻喷式疫苗。“减毒”指减弱。疫苗的病毒已减弱，因此不会让您感染流感。

还有其他不含有活性病毒的“非活性”和“重组”流感疫苗。 这些“流感针”通过针剂注射接种。

可注射型流感疫苗会在另一份疫苗信息声明中说明。

建议每年接种流感疫苗。某些 6 个月至 8 岁的儿童可能需要每年注射两剂疫苗。

流感病毒总是在不断变化。每年的流感疫苗是为预防该年可能引起疾病的病毒而研制。LAIV 可预防 4 种不同的流行性感冒病毒。虽然流感疫苗不能预防所有流感，但已是预防该疾病最好的办法。

接种后需要约 2 周时间疫苗方可产生预防作用，效果可持续数月至一年。

一些疾病**并非**由流行性感冒病毒引起，但往往被误认为流感。流感疫苗无法预防这些疾病，仅可预防流行性感冒。

2 至 49 岁的人士可接种 LAIV 疫苗。LAIV 疫苗可以和其他疫苗一起安全接种。

LAIV 不含硫柳汞或其他防腐剂。

3 某些人士不应接种此疫苗

请告诉为您接种的人士：

- **您是否有任何严重、危及生命的过敏反应**，包括（例如）对明胶或抗生素过敏。如果您以前在接种流感疫苗后出现危及生命的过敏反应，或对该疫苗的任何成分严重过敏，则不应接种疫苗。
- **您是否曾患有格林巴利综合征**（一种严重的瘫痪疾病，也被称为 GBS）。部分有 GBS 病史的人士不应接种该疫苗。您应咨询您的医生。
- **您是否有长期健康问题**，如某些心脏、呼吸、肾脏、肝脏或神经系统问题，您的医生可帮您决定您是否应接种 LAIV。

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

- **您是否在过去 4 周内接种过任何其他疫苗，或是否感觉不适**。轻微疾病通常不妨碍接种流感疫苗，但医生可能建议您等感觉好一些再接种。您应等身体好些再来。
- **如果您有以下情况，您应注射流感针，而非鼻喷流感疫苗：**
  - 怀孕
  – 免疫系统削弱
  – 对鸡蛋过敏
  – 是患有哮喘或喘息问题的年幼儿童
  – 是长期服用阿司匹林的儿童或青少年
  - 在未来 7 天内，将护理或探视因免疫系统极其虚弱而需要特殊护理的人士（询问您的医疗护理提供者）
  - 在过去 48 小时中曾服用流行性感冒抗病毒药物

为您接种疫苗的人士可向您提供更多信息。

4 疫苗反应的风险

疫苗和任何药物一样，都可能产生副作用。副作用通常都很轻微，可以自行消退。

接种任何疫苗后可能出现的问题：

- 疫苗造成严重过敏反应的情况十分罕见，估计一百万例中不到 1 例。如确实发生，通常会在接种疫苗后几分钟至几小时内出现。

轻微问题：

2-17 岁的儿童和青少年：
- 流鼻涕、鼻塞或咳嗽
- 发烧
- 头痛和肌肉酸痛
- 喘息问题
- 腹痛或偶有呕吐或腹泻

18-49 岁的成人：
- 流鼻涕或鼻塞
- 喉咙痛
- 咳嗽、发冷、倦怠 / 虚弱
- 头痛

LAIV 由毒性减弱的病毒制成，**不会引起流感**。

和任何药物一样，接种疫苗有极小的可能造成严重伤害或死亡。

疫苗的安全性始终受到监控。 如需了解更多信息，请访问：**www.cdc.gov/vaccinesafety/**

5 如果出现严重反应怎么办?

我应该注意什么?

- 注意任何引起您困扰的情况，例如严重过敏反应、发高烧或行为改变的迹象。

  严重过敏反应的迹象包括荨麻疹、面部和喉咙肿胀、呼吸困难、心跳加快、头晕和虚弱。这些症状可能在接种疫苗后的数分钟到数小时内出现。

我该怎么办?

- 如果您认为出现严重过敏反应或其他紧急情况，请立即拨打 9-1-1 并将该人士送往最近的医院。或者联系您的医生。
- 之后，应向疫苗不良事件报告系统 (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) 报告不良反应。您的医生应该送交存档此报告，或者，您可以通过 VAERS 网站 (**www.vaers.hhs.gov**) 或拨打 **1-800-822-7967** 自行送交存档。

VAERS 不会提供医疗建议。

6 国家疫苗伤害赔偿计划

国家疫苗伤害赔偿计划 (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) 是一项联邦计划，旨在对由于接种特定疫苗而受到伤害的人进行赔偿。

认为自己由于接种疫苗而受到伤害的人士，可通过拨打电话 **1-800-338-2382** 或访问 VICP 网站 (**www.hrsa.gov/vaccinecompensation**) 了解与计划和提出赔偿要求有关的详细信息。提出赔偿要求有时间限制。

7 我如何获得更多的信息?

- 请询问您的医疗护理提供者。
- 联系您的本地或州健康部门。
- 联系疾病控制和预防中心 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)：
  - 拨打 **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) 或
  - 访问 CDC 的网站：**www.cdc.gov/flu**

Translation provided by the Immunization Action Coalition

42 U.S.C. § 300aa-26

疫苗信息声明

流行性感冒疫苗

接种须知

（非活性或重组流感疫苗）

2014-2015 年

Many Vaccine Information Statements are available in Simplified Chinese and other languages. See www.immunize.org/vis

许多疫苗信息声明均提供中文和其他语言版本。请参阅 www.immunize.org/vis

1 为何要接种疫苗?

流行性感冒（“流感”）是一种传染性疾病，在美国，每年冬季（通常在 10 月至 5 月之间）是流感高发期。

流感由流行性感冒病毒引起，主要通过咳嗽、打喷嚏和密切接触进行传播。

任何人都可能患上流感，但儿童患上流感的风险最高。症状较为突然，并可能持续数天。症状可能包括：

- 发烧 / 发冷
- 喉咙痛
- 肌肉酸痛
- 疲劳
- 咳嗽
- 头痛
- 流鼻涕或鼻塞

某些人的流感症状可能比其他人严重很多。这些人包括年幼的儿童、65 岁及以上的人士、孕妇和有某些健康状况的人士 — 如心脏、肺或肾脏疾病、神经系统失调或免疫系统削弱。流感疫苗对这些人及与他们有密切接触的任何人尤为重要。

流感也可导致肺炎，以及使现有病况恶化。流感可引起儿童腹泻和癫痫发作。

每年**美国有数千人死于流感**，还有更多人因流感住院。

流感疫苗是我们预防流感及其并发症的最好方法。流感疫苗也有助于防止流感在人与人之间传播。

2 非活性和重组流感疫苗

您将注射“**非活性**”**或**“**重组**”流感疫苗。这些疫苗不含有任何活性流行性感冒病毒。这些疫苗通过针剂注射接种，常被称为“流感针”。

另一种**活性减毒**（减弱）流行性感冒疫苗为鼻喷式疫苗。*该疫苗会在另一份疫苗信息声明中说明。*

建议每年接种流感疫苗。某些 6 个月至 8 岁的儿童可能需要每年注射两剂疫苗。

流感病毒总是在不断变化。每年的流感疫苗是为预防该年可能引起疾病的 3 或 4 种病毒而研制。虽然流感疫苗不能预防所有流感，但已是预防该疾病最好的办法。

接种后需要约 2 周时间疫苗方可产生预防作用，效果可持续数月至一年。

一些疾病并非由流行性感冒病毒引起，但往往被误认为流感。流感疫苗无法预防这些疾病，仅可预防流行性感冒。

部分非活性流感疫苗含有非常少量的硫柳汞（一种含汞防腐剂）。研究表明，疫苗中的硫柳汞无害，但也有不含防腐剂的流感疫苗可供使用。

3 某些人士不应接种此疫苗

请告诉为您接种的人士：

- **您是否有任何严重、危及生命的过敏反应**。如果您以前在接种流感疫苗后出现危及生命的过敏反应，或对该疫苗的任何成分严重过敏，包括（例如）对明胶、抗生素或鸡蛋过敏，则可能会建议您不要接种疫苗。大多数（但并非所有）类型的流感疫苗均含有少量卵蛋白。
- **您是否曾患有格林巴利综合征**（一种严重的瘫痪疾病，也被称为 GBS）。部分有 GBS 病史的人士不应接种该疫苗。您应咨询您的医生。
- **您是否感觉不适**。轻微疾病通常不妨碍接种流感疫苗，但医生可能建议您等感觉好一些再接种。您应等身体好些再来。

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

4 疫苗反应的风险

疫苗和任何药物一样，都可能产生副作用。副作用通常都很轻微，可以自行消退。

接种任何疫苗后可能出现的问题：

- 任何医疗程序（包括接种疫苗）后均可能发生短暂的昏厥。接种疫苗后坐卧约 15 分钟有助于防止昏厥和跌倒所致伤害。如果您感到头昏，或视力变化或耳鸣，请告诉您的医生。
- 接种疫苗后可能会出现严重的肩膀疼痛及注射部位手臂活动范围缩小，但此情况十分罕见。
- 疫苗造成严重过敏反应的情况十分罕见，估计一百万例中不到 1 例。如确实发生，通常会在接种疫苗后几分钟至几小时内出现。

轻微问题：

- 注射疫苗的部位疼痛、发红或肿胀
- 声单嘶哑
- 眼睛疼痛、发红或瘙痒
- 咳嗽
- 发烧
- 疼痛
- 头痛
- 瘙痒
- 疲劳

这些问题（如有）通常在接种后马上出现，会持续 1 或 2 天。

中度问题：

- 同时接种非活性流感疫苗和肺炎球菌疫苗 (PCV13) 的年幼儿童因发烧引起癫痫发作的风险可能增加。如需更多信息，请咨询您的医生。如果接种流感疫苗的儿童曾有过癫痫发作，请告诉您的医生。

非活性流感疫苗不含活性流感病毒，因此您不会**因接种此疫苗而感染流感**。

和任何药物一样，接种疫苗有极小的可能造成严重伤害或死亡。

疫苗的安全性始终受到监控。如需了解更多信息，请访问：**www.cdc.gov/vaccinesafety/**

5 如果出现严重反应怎么办？

我应该注意什么？

- 注意任何引起您困扰的情况，例如严重过敏反应、发高烧或行为改变的迹象。

  严重过敏反应的迹象包括荨麻疹、面部和喉咙肿胀、呼吸困难、心跳加快、头晕和虚弱。这些症状可能在接种疫苗后的数分钟到数小时内出现。

我该怎么办？

- 如果您认为出现严重过敏反应或其他紧急情况，请立即拨打 9-1-1 并将该人士送往最近的医院。或者联系您的医生。
- 之后，应向疫苗不良事件报告系统 (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) 报告不良反应。您的医生应该送交存档此报告，或者，您可以通过 VAERS 网站 (**www.vaers.hhs.gov**) 或拨打 **1-800-822-7967** 自行送交存档。

VAERS 不会提供医疗建议。

6 国家疫苗伤害赔偿计划

国家疫苗伤害赔偿计划 (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) 是一项联邦计划，旨在对由于接种特定疫苗而受到伤害的人进行赔偿。

认为自己由于接种疫苗而受到伤害的人士，可通过拨打电话 **1-800-338-2382** 或访问 VICP 网站 (**www.hrsa.gov/vaccinecompensation**) 了解与计划和提出赔偿要求有关的详细信息。提出赔偿要求有时间限制。

7 我如何获得更多的信息？

- 请询问您的医疗护理提供者。
- 联系您的本地或州健康部门。
- 联系疾病控制和预防中心 (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)：
  - 拨打 **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) 或
  - 访问 CDC 的网站：**www.cdc.gov/flu**

Translation provided by the Immunization Action Coalition

42 U.S.C. § 300aa-26

马萨诸塞州免疫信息系统

MIIS

简介

向家长和病人提供的情况说明

MIIS是一套在全州范围使用的新系统，用于追踪您和您的家人的免疫记录。这些记录列出您和您的孩子注射的预防麻疹、水痘、破伤风和其他疾病的疫苗（预防针）。其目的是确保马萨诸塞州的每一个人都按时注射预防针，并在您需要时向您提供免疫记录 – 例如，在您的孩子入学时,在您需要接受急诊医疗帮助时，或在您更换健康护理服务提供者时。

什么是MIIS?

- 为居住在马萨诸塞州的人搜集和储存基本免疫信息的计算计化系统。
- 按照马萨诸塞州法律规定设立的安全和保密系统。
- 为所有年龄的人（不仅是儿童）提供服务的系统。

该系统如何向我提供帮助?

MIIS:

- 帮助您和您的家人在任何地点接受健康护理服务时获得最佳服务。
- 确保您和您的孩子不会错过任何预防针或注射过多的预防针。
- 在您需要时，为您或您的孩子打印一份记录 – 在您搬家时，在您的医生退休时或在您的孩子开始上学或参加夏令营活动时。

该系统为什么很重要?

众所周知，保持健康所要求的预防针注射日程可能很复杂。MIIS:

- 帮助您的健康护理服务提供者追踪需要注射哪些预防针以及应当在何时注射预防针。
- 为您、您的家人和您的健康护理服务提供者集中保存您的所有免疫记录。
- 为您的孩子提供免疫注射证明。
- 帮助预防在您所在的社区爆发麻疹和流感之类的疾病。
- 在发生自然灾害（例如水灾或飓风）时，安全地保存免疫注射记录。

MIIS中包括哪些信息?

- 您或您的孩子注射的预防针以及您或您的孩子今后需要注射的预防针列表。
- 为每名病人安全和准确的免疫注射所需的信息，例如：
  - » 全名和出身日期。
  - » 性别 (男或女)
  - » 母亲的婚前姓 (仅限儿童)。
  - » 地址和电话号码。
  - » 每次注射预防针的服务提供者诊所。

如何将此类信息存入该系统?

- 在儿童出生时或首次打预防针时，会将有关儿童的信息输入系统。
- 您的健康护理服务提供者可以将您的或您的家人的尚未存入MIIS的记录增加至系统中。

哪些人能够查阅我的记录?

- 公共卫生部 (DPH) 使用现代化的技术确保输入MIIS的所有信息的安全和机密性。
- 限向以下人士和机构提供MIIS中的信息:
  - » 医疗服务机构或其他人经公共卫生部授权以提供适当免疫注射。
  - » 学校。
  - » 地方卫生机构。
  - » DPH, 包括WIC计划以及其他向客户提供有关免疫注射教育和宣传的州立机构或计划。
  - » 研究項目经公共卫生部部长特别批准、並符合严格的法定安全保障。

如果我不想与他人分享我的信息，该怎么办?

- 您有权利限制可查看您信息的对象。
- 如欲限制可查看您信息的对象，您需要填写‘反对或撤销反对数据分享’表 (Objection or Withdrawal of Objection to Data Sharing); 您可以在您的医疗保健提供方那里获得此表。
- 如果您决定限制可查看您信息的对象，您当前的医疗保健提供方将可以查看其提供给您或您孩子的疫苗注射信息，但可能无法查看您的完整的免疫历史记录。
- 如果您决定限制可查看您信息的对象，您将无法获得 MIIS 的全部福利，例如与学校和急诊室分享您的免疫记录，以及在某一地点的完整的接种记录。
- 您可以随时改变主意（决定分享或拒绝分享您的信息）。

我如何了解进一步详情?

请访问我们的网站 **www.mass.gov/dph/miis,** 与马萨诸塞州免疫计划直接联系，电话号码 617-983-6800 或 888-658-2850，或者向您的健康护理服务提供者了解进一步详情。