

卡介苗 (BCG) 防疫注射查核清單及同意書	SURNAME		D.O.B.	
	FIRST NAMES		AGE	SEX
	ADDRESS			
			POSTCODE	
	TELEPHONE		M.R.N.	

請提供以下資料，以評核您的身體狀況是否適合接受卡介苗防疫注射[Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination]。

出現下列狀況並不一定表示您或您的子女今天不能接受防疫注射，**但如接受注射人士出現下列狀況，請通知護士：**

- 今天不舒服 (例如發燒，體溫達到或超過 38.5°C)；
- 患上會減低免疫力的疾病(例如：白血病、癌病、愛滋病帶菌/愛滋病，或侵襲骨髓或淋巴系統的惡性腫瘤)；或正接受會減低免疫力的治療(例如可的松和潑尼松等類固醇藥物，化療或放射治療)；
- 曾經在接受防疫注射後出現強烈反應；
- 有任何嚴重過敏；
- 在過去一個月內曾經接受其他防疫注射；
- 曾經接觸過結核病人，或正在因此而接受追蹤監察；
- 從前曾經接受卡介苗防疫注射。

請注意 — 卡介苗防疫注射不適合以下人士：

- 結核菌苗皮膚測試曾呈現陽性反應人士，即皮膚反應達到或超過 5 毫米；
- 受愛滋病毒感染的病人，以及免疫力受損病人 (以免除結核病在這些病人之間傳播的風險)；
- 屬感染愛滋病高危而愛滋病毒抗體狀況不明人士；
- 身體廣泛部份患上皮膚病人士；
- 孕婦 — 尚未顯示卡介苗會對胎兒造成傷害，但不建議孕婦使用活性疫苗；及
- 曾經患上結核病人士。

此外，容易形成癍痕瘤(明顯突出的疤痕)人士請留意，大部份人接受卡介苗防疫注射後會留下疤痕，癍痕瘤可能會在接種疫苗的地方形成。

如果您或您的子女屬上述任何情況，請在接受卡介苗防疫注射前通知護士。如有任何關於本資訊或其他與卡介苗防疫注射有關的疑問，請在注射前向護士查詢。

護士會問您：

- 是否已經閱讀及瞭解本表格和卡介苗防疫注射資訊單張，及
- 是否需要參考更多資訊後才決定是否接受卡介苗防疫注射。

我已經得悉卡介苗防疫注射的風險和好處，而且有機會和胸肺診所的護士討論這些問題。我確信我提供的資料真實無誤。

我同意讓以下人士接受卡介苗防疫注射：

I consent to the administration of the BCG vaccine for:

請劃掉不適用者：

本人 / 我的子女

Cross out the incorrect response:

MYSELF / MY CHILD

簽名：

日期：

Signature: _____

Date: _____

正楷書寫姓名：

關係：

Print Name: _____

Relationship: _____

胸肺診所護士 / 接種疫苗執行人：

Chest Clinic Nurse / Immuniser:

正楷書寫姓名：

簽名：

Print Name: _____

Signature: _____

Comments: _____

