|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **學校／服務機構編號** | **衞生署****2024/25年度院舍防疫注射計劃****指定的智障人士服務機構為智障人士(非住院舍)提供流感疫苗****接種季節性流感疫苗（服務使用者名單）** | **P 2a（9歲或以上服務使用者）** |
|        |  | **服務使用者名單** |
|  |  | **季節性流感疫苗** |
|  |  |  |
| **學校／服務機構名稱：** |                    | **到診註冊醫生姓名：** | 1.
 |
|  |  |  | 1.
 |
|  |  |  |
| **編號** | **使用本學校／服務機構的服務使用者資料****（由學校／服務機構負責人／主管於**     **年**   **月**   **日填寫）** | **季節性流感疫苗接種記錄（由到診註冊醫生於接種疫苗後即日填寫）** |
|  | **姓名**(9歲或以上服務使用者) | **身份證明****文件號碼(例:A123456(7))** | **出生日期****(日/月/年)** | **性別** | **父母／監護人／家屬****反對接種[如反對，****請填“Ｘ”]** | **疫苗批次編號：** | **(1)**        | **(2)**        | **如暫時未能接種，****請註明原因**(請於該服務使用者補打當日立即再傳真至本署) |
|  |  |  |  |  |  | **有效日期：** | **(1)**        | **(2)**        |  |
|  |  |  |  |  |  | **疫苗批次編號 (1/2)** | **接種日期****(日/月/年)** | **到診註冊****醫生 (1/2)** | **到診註冊醫生****團隊負責人簽署/蓋印** |  |
| 1 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 2 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 3 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 4 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 5 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 6 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 7 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 8 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 9 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| 10 |       |       |       |  | [ ]  |  |       |  |  |       |
| **反對接種人數 (B1)：**   | **已接種人數 (B2a)：**   | **未能接種人數 (B3a)：**   |
| **聲明：本人明白本學校／服務機構有責任提供正確資料。如本人故意填報失實資料，可能被檢控及須承擔有關法律責任。** |
| **學校／服務機構負責人／主管姓名：**          | **學校／服務機構負責人／主管簽署或學校／服務機構蓋印：**          | **日期：**      | 第   頁／共  頁 |
| 備註： |  | 請於**完成首次接種後的一星期內**將填妥的服務使用者名單／職員名單（P2a 、P2b及P2c）、報告表（P5）及回收表格（P3）傳真至衞生署項目管理及疫苗計劃科 **（傳真號碼：2544 3922）**。 |
|  |  | 以上個人資料主要供衞生署推行院舍防疫注射計劃之用，亦可能因此向有關部門披露。由於此文件載有個人資料，請院方妥善保存。 |
|  |  | 服務使用者有權查閱及修正個人資料。如有需要，服務使用者可向上列學校／機構負責人／主管提出。 |

