

親愛的同學（家長）您好：

您（貴子女）於新生入學時的抽血檢驗結果中—**B 型肝炎抗體呈陰性反應**。經「衛生福利部傳染病防治諮詢委員會預防接種組」針對依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為「B 型肝炎表面抗體陰性者」之建議措施如下：

- 一、若為 **B 型肝炎感染高危險群**（血液透析病人、器官移植病人、接受血液製劑治療者、免疫不全者；多重性伴侶、注射藥癮者；同住者或性伴侶為帶原者；可能接觸血液之醫療衛生等工作人員...），可自費追加 1 劑 B 型肝炎疫苗，1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性，可以採「0-1-6 個月」之時程，接續完成第 2、3 劑疫苗。如經仍無法產生抗體者，則無需再接再種，但仍應採取 B 型肝炎之相關預防措施，並定期追蹤 B 型肝炎表面抗原之變化。
- 二、若**非 B 型肝炎感染高危險群**，目前尚無須全面再追加 1 劑 B 型肝炎疫苗。若個案或家屬對此非常擔憂，可自費追加 1 劑，1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性，可諮詢醫學中心內科或兒科之消化科、感染科等相關專科醫師。
- 三、本校提供疫苗注射服務，如欲注射疫苗同學，請務必填寫同意書，於注射日攜帶至校。**同意書請於衛保組網站表單下載處自行下載影印。**

◎施行 B 型肝炎疫苗注射事項

- 一、注射時間： 年 月 日
- 二、注射地點：衛生保健組
- 三、注射費用：每劑費用 元整（依照醫院規定現場收費）。
- 四、服務機構：財團法人宏恩綜合醫院
- 五、**需攜帶「B 型肝炎疫苗注射同意書」，並請家長簽名，方可接受注射。**
- 六、注射 B 型肝炎疫苗後局部偶有變紅、疼痛或呈現輕度發燒及倦怠，可以多喝水，約 1 至 3 日即會消失。

德育護理健康學院 學務處衛保組 敬啟

請沿此線撕下

B 型肝炎疫苗注射同意書

學生姓名：.....

班 級：..... 系科..... 年..... 班

參加

不參加

學生簽名：

電話：

法定代理人簽名：

（未滿 20 歲者，需請法定代理人同時簽名）年 月 日

學務處衛生保健組（以下簡稱本組）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第 8 條規定，告知您下列事項：

一、本組取得您的個人資料，目的在於疫苗注射記錄之用，不會提供給無關之第三方單位使用。

二、本組蒐集之您個人資料，您依個資法第 3 條規定，有查詢閱覽、補充或更正、停止蒐集處理或利用。

本人已詳閱個資法第 8 條所告知事項，同意衛生保健組蒐集、處理及利用個人資料。