

公費流感疫苗接種須知

一、認識流感與流感疫苗

- **流感定義：**由「流感病毒」引起的急性呼吸道疾病，症狀比感冒明顯且病程較長。
- **症狀：**發燒、頭痛、肌肉酸痛、疲倦、流鼻涕、喉嚨痛以及咳嗽等。
- **併發症：**肺炎、中耳炎、鼻竇炎、腦炎、腦病變、心肌炎、雷氏症候群，嚴重時可能導致死亡。
- **傳播途徑：**透過咳嗽、打噴嚏等呼吸道飛沫傳染，亦可透過接觸受污染物體表面上的流感病毒後觸摸口、鼻而感染。
- **傳染期：**發病的前1天到發病後的3~7天均具傳染力。
- **流感疫苗：**
 1. 種類：不活化疫苗。
 2. 成分：含有世界衛生組織(WHO)建議當年度抗原成分。
 3. 保護效果：接種後約2週產生保護力，效果持續1年。
 4. 安全性：疫苗為死病毒製成，不會導致流感。
- **接種流感疫苗重要性：**流感病毒極易透過日常互動快速傳播。接種流感疫苗，不僅能有效降低個人感染風險與醫療支出，更能建立群體免疫屏障，阻斷病毒擴散，間接保護高風險族群，減少長者及兒童因感染引發重症的機率。

二、接種時間、劑量與間隔

每次流感疫苗接種劑量是0.5mL。由於每年流行的流感病毒不一定相同，因此，**每年均須重新接種**。接種後至少約需2週的時間以產生保護力，其保護效果可持續1年。專家建議於每年公費疫苗開打後儘速接種，且應儘量在11月下旬前完成接種，以因應每年農曆春節前後及2、3月的流感流行期。

6個月以上至未滿9歲兒童的接種方式依年齡與過去接種史而定：

流感疫苗過去接種史/ 年齡組	未曾接種	曾接種1劑	曾接種2劑
6個月以上至未滿3歲	2劑 (間隔4週以上)		1 劑
3歲以上至未滿9歲	2劑 (間隔4週以上)	1劑	
未滿9歲但已入學 或9歲以上	1劑		

流感疫苗可以和其他疫苗同時接種在身體不同部位或間隔任何時間接種。本年度提供之疫苗分別由國光生物科技股份有限公司、荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司、台灣東洋藥品工業股份有限公司、賽諾菲股份有限公司及高端疫苗生物製劑股份有限公司等疫苗廠生產或進口，5廠牌的疫苗效力與安全性皆符合我國衛生福利部食品藥物管理署查驗登記規定，且經其核准使用/進口，將依照疫苗到貨順序依序提供。

三、疫苗保護力

流感疫苗的保護力需視當年度使用的疫苗株是否與實際流行的病毒株型別相符、以及不同年齡或身體狀況而異，平均約為30-80%，對18歲以上成人因確診流感而住院的保護力約有48%，入住加護病房的流感重症保護力可達82%。6個月至未滿18歲兒童青少年族群接種流感疫苗之保護力與成人相仿。

四、接種禁忌與注意事項

《接種禁忌》

- 一、已知對疫苗的成分有嚴重過敏者，不予接種。
- 二、過去注射曾經發生嚴重不良反應者，不予接種。

《接種注意事項》

- 一、發燒或正患有急性中重疾病者，宜待病情穩定後再接種。
- 二、出生未滿 6 個月，因無使用效益及安全性等臨床資料，故不予接種。
- 三、先前接種流感疫苗 6 週內曾發生 Guillain-Barré 症候群（GBS）者，宜請醫師評估。
- 四、其他經醫師評估不適合接種者，不予接種。

五、接種後照顧

（一）疫苗安全性說明：

1. 正常反應：可能出現注射部位疼痛、紅腫，或輕微發燒、頭痛、肌肉痠痛、噁心等，通常 1~2 天內自然恢復。
2. 嚴重反應：極罕見(如過敏性休克)，通常於接種後數分鐘至數小時內出現。

3. **雞蛋過敏者接種建議：**根據國際研究與世界衛生組織建議，對雞蛋過敏者可安心接種流感疫苗，其過敏反應發生率並未因雞蛋過敏病史而增加。
4. **孕婦接種建議：**現有研究結果與世界衛生組織報告均顯示，孕婦於懷孕期間接種不活化流感疫苗，並未增加妊娠及胎兒不良事件之風險。
5. **罕見神經系統風險：**極少數零星報告提及神經系統症狀（如 Guillain-Barré 症候群），惟除特定年度疫苗外，目前尚無確切統計數據證明與接種流感疫苗有直接關聯。

(二) 接種後注意事項：

1. **現場留觀：**接種後應於單位或附近休息觀察 15 分鐘。
2. **凝血異常者：**使用抗凝血藥物或凝血功能異常者，施打後應加壓至少 2 分鐘並觀察有無出血。
3. **緊急就醫：**若持續發燒超過48小時、意識改變、呼吸困難或心跳加速，應儘速就醫並主動告知醫師疫苗接種史。
4. **維持良好衛生習慣：**接種流感疫苗後仍可能罹患其他呼吸道感染，請維持良好衛生習慣，維護健康。

流感疫苗接種意願書

請詳閱「流感疫苗接種須知」並填妥意願書，經醫師評估後接種。

接種者姓名：_____ 生日：_____

身分證字號：_____

☐ 本人、☐ 家屬、☐ 關係人_____已瞭解此項疫苗之保護效果、副作用及禁忌，並決定：☐ 同意接種，☐ 不同意接種；原因：_____

簽名：_____；日期：_____年____月____日

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____