

서식4 황열 예방접종 사전점검표

황열 예방접종 사전 점검표 및 개인정보 처리 및 제공 동의서 (앞 면)

성 명		생년월일	
전화번호 (집)	(휴대전화)	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여

확 인 사 항	답 변	
오늘 아픈 곳이 있습니까? 있다면 아픈 증상을 적어 주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
약이나 음식물(계란, 달고기, 젤라틴 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오.(예방접종명 :)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 경련을 일으킨 경험이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진단 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어 주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어 주십시오. (병명 :)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1년동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
(여성)현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 계획이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	답 변	
개인정보수집이용 「개인정보보호법」 제15조 및 제23조 규정에 따라 국립검역소가 실시하는 예방접종 업무 관련 아래와 같이 개인정보수집 및 이용함에 동의합니다. <input type="checkbox"/> 개인정보 수집·이용 목적: 접종 후 이상반응시 의료기관 간 정보공유 <input type="checkbox"/> 개인정보 항목: 민감정보(건강정보), 전화번호(집/휴대전화) <input type="checkbox"/> 보유 및 이용기간: 관련법령에서 정한 문서보존기간에 따름	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
개인정보제공 「개인정보보호법」 제17조 및 제23조 규정에 따라 국립검역소가 아래와 같이 본인의 개인정보를 제공하는 것을 동의합니다. <input type="checkbox"/> 개인정보 제공목적: 접종 후 이상반응시 의료기관 간 정보공유 <input type="checkbox"/> 제공받는 기관: 관련 의료기관, 질병관리청 <input type="checkbox"/> 개인정보 항목 및 보유·이용기간: 상단 개인정보수집이용 항목 및 보유·이용기간과 동일	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
예방접종 사전예진과 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니까. 본인(법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 피접종자와의 관계: _____ 년 월 일		

※ 정보주체는 예방접종업무와 관련하여 개인정보 처리 등에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우, 예방접종 및 증명서 발급이 제한될 수 있습니다.

예방접종을 받을 수 없는 경우

- ① 9개월 미만의 영아
 - ※ 60세 이상은 예방접종 후 이상반응 가능성이 다소 있어 본인의 동의하에 예방접종
- ② 임신부, 수유부
- ③ 계란, 닭고기, 젤라틴 등에 과민반응이 있는 사람
- ④ 현재 중증의 발열성 질환이 있는 사람(체온이 38°C 이상인 사람)
- ⑤ 흉선 질병(Thymus disease)의 병력이 있거나, 선천적 혹은 후천적으로 면역기능이 저하되어 있는 사람(예: 후천성면역결핍증)
 - ※ HIV감염자들의 경우 후천성면역결핍증후군을 나타내지 않았거나, 의사의 지시가 있으면 황열예방백신 접종가능
- ⑥ 과거 황열예방접종을 받은 후 심각한 과민반응(아나필락시스)을 나타낸 사람
- ⑦ 희귀한 유전성 과당불내성 환자

접종 후 주의사항

- ① 14일 이내 헌혈 금지
- ② 3일 정도 금주
- ③ 3일 정도 사우나, 통목욕 삼가(샤워는 가능)
- ④ 3~14일 후에 미열과 경한 두통, 몸살(근육통), 주사부위 통증 등이 발생할 수 있음. 극히 일부의 경우 이상반응(심하고 지속적인 구토나 발진, 이상감각, 악성 두통, 호흡곤란, 경련, 혼수, 산증, 근육 혹은 간 세포용해, 림프구 및 혈소판 감소, 신부전 등)이 있을 수 있고, 드물지만 다발성장기부전(사망까지 가능)과 과민반응이 일어날 수 있으며, 중대한 신경계통 부작용(수막뇌염, 길랭-바레증후군, 급성산재성뇌척수염 등)이 일어날 수 있음(*접종 후 약 1달 이후에도 발생가능). 이상반응 등이 있을 시는 예방접종기관에 문의

접종자(의료인) 기록란

체온: _____ °C	점검결과 특이사항:
예방접종 후 주의사항과 이상반응에 대한 설명하였음	□예 □아니오
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함' 을 설명함	□예 □아니오
접종자(의료인) 성명 : _____	(서명 또는 인)

Yellow fever Pre-Vaccination Screening Checklist and Privacy Consent Form

(front)

Name		Date of birth		
Phone number	(Home) _____ (Mobile) _____	Sex	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Question		Answer		
Are you sick today? If yes, please describe your symptom(s). (_____)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Have you ever had any allergic reactions such as hives or rash after having taking medication, eating food (including eggs, chicken, and gelatin), or being vaccinated?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Have you ever had any adverse reaction to any vaccine in the past? If yes, please specify the vaccination(s). (_____)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Have you been vaccinated in the past month? If yes, please specify the vaccination(s). (_____)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
In the last month, have you ever had any cramps?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Have you ever been diagnosed with or treated for birth defects, asthma or a lung disorder, heart disease, liver disease, diabetes or an endocrine disorder, or a blood disorder? If yes, please specify what you were treated for. (_____)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Do you have cancer, leukemia or any other immunological disorders? If yes, please describe the disease(s). (_____)		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
In the past three months, have you received any steroids, anti-cancer drugs, or radiation treatment?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
In the past year, have you received any blood transfusions or immunoglobulin therapy?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
(For women only) Are you currently pregnant or planning to get pregnant in the next month?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Consent to the handling of personal information for vaccination		Answer		
Collection and use of personal information I hereby provide consent to the following terms of collection and use of my personal information for vaccination conducted by the National Quarantine Station pursuant to Articles 15 and 23 of the Personal Information Protection Act: <input type="checkbox"/> Purposes of the collection and use of personal information: Sharing information between healthcare institutions in case of an adverse event after vaccination <input type="checkbox"/> Sensitive information items: Sensitive information (health information), phone number (home/mobile) <input type="checkbox"/> Retention and use period: Follows the period defined under applicable laws		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Provision of personal information I hereby agree that the National Quarantine Station may share my personal information according to Articles 17 and 23 of the Personal Information Protection Act for the following: <input type="checkbox"/> Purposes of providing personal information: Sharing information between healthcare institutions in case of an adverse event after vaccination <input type="checkbox"/> Institutions to be provided with personal information: Applicable healthcare institutions, Korea Centers for Disease Control and Prevention <input type="checkbox"/> Personal information items and the period of their retention and use: Same as above in "collection and use of personal information"		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
I hereby agree to receiving this vaccination after I have been pre-checked and fully informed about potential adverse effects. Vaccinee (legal representative/guardian) name: _____ (Signature) Relationship with the vaccinee: _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> _____ Month _____ Day, _____ Year </div>				

※ You have the right to provide no consent to the handling of personal information for vaccination. If you do not provide consent, however, it may limit your ability to receive a vaccination and the issuance of a certificate thereof.

Persons who cannot be vaccinated
<p>① Infants less than 9 months old</p> <p>※ Those 60 years or older must give their voluntary consent due to the small chance of an adverse event after vaccination.</p> <p>② Pregnant women and breastfeeding mothers</p> <p>③ Persons hypersensitive to eggs, chicken, and gelatine</p> <p>④ Persons with a severe fever (those whose body temperature is 38°C or above)</p> <p>⑤ Persons who have a history of thymus disease, or persons with congenital or acquired immune malfunction (e.g., acquired immunodeficiency syndrome (AIDS))</p> <p>※ Persons infected with HIV may be vaccinated for yellow fever if they do not show AIDS, or there is an instruction by the physician.</p> <p>⑥ Persons who have had any serious allergic reaction (anaphylaxis) to yellow fever vaccination</p> <p>⑦ Patients with hereditary fructose intolerance</p>
Things to note post-vaccination
<p>① No blood donations are allowed for 14 days after vaccination.</p> <p>② No alcohol is allowed for 3 days after vaccination.</p> <p>③ Neither the sauna nor a full bath is allowed for 3 days after vaccination. (But showers are permitted.)</p> <p>④ Some may have a slight fever, headache, fatigue (muscle pain), or pain at the injection site for 3 to 14 days following the vaccination. In rare cases, some may experience an adverse effect (severe and continued vomiting or rash; skin tingling or numbness; severe headache; shortness of breath; cramps; coma; increased acidity in the blood; disintegration of muscle or liver cells; decreased lymphocytes and platelets; or renal failure). Even if it is rare, multiple organ dysfunction syndrome (life-threatening) and allergic reactions may occur, as may serious side effects in the nervous system (meningoencephalitis; Guillain-Barre Syndrome; or acute disseminated encephalomyelitis). (It may occur even one month after vaccination). If you experience any of these symptoms, please contact the vaccination authorities.</p>

Vaccinator (healthcare provider) form	
Body temperature: °C	Notable findings upon check-up:
I have fully informed the vaccinee about things to follow post-vaccination and any possible adverse effects.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I have fully informed the vaccinee that he or she should "stay for 20 to 30 minutes at the vaccination institution to observe any adverse effects."	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Vaccinator (healthcare provider) name:	(Signature)