

## 麻疹、腮腺炎、德國麻疹防疫計劃 — 常見問題解答

### Questions & Answers (Q&A) about Measles, Mumps & Rubella Vaccination

#### 問：麻疹、腮腺炎、德國麻疹是甚麼疾病？

答：麻疹—高度傳染性的過濾性病毒，通過飛沫傳播，會引起發燒、咳嗽。初起時臉部和頸部出現紅疹，然後擴展至全身。每 25 名患麻疹的兒童之中有一名患上肺炎，每 2,000 人中有一人得到腦炎。每 10 名因麻疹而得到腦炎的兒童中會有一人死亡，四人腦部永久受損。大約每 25,000 人會有一人出現致命性的腦部退化。

**腮腺炎**—通過唾液傳播的接觸傳染過濾性病毒，會引致頸部腺體腫大和發燒。二百份一的兒童演變成腦炎，五份一已過青春期的男性患上睪丸炎。有些時候腮腺炎會導致不育或耳聾。

**德國麻疹**—通過飛沫傳播的接觸傳染過濾性病毒，會引起紅疹、發燒和腺體腫大。孕婦感染此病會造成嚴重畸胎。每十人中約有五名病人出現紅疹和腺體腫痛，每十名青少年和成年人患者中有五名出現關節疼痛，3,000 人中有一人患上血小板減少症(青瘀/出血)，6,000 人中有一人患上腦炎；若懷孕首十週內受到感染，十名嬰兒中有九名會出現嚴重的先天異常，例如耳聾、失明、腦部受損、心臟缺陷。

#### 問：我的孩子要不要接種疫苗？

答：國家衛生及醫學研究委員會表明，要對麻疹、腮腺炎、德國麻疹完全免疫，需接種兩服 MMR 疫苗。所有兒童都應該在十二月和四歲大的時候接種 MMR 疫苗。建議四歲以上並只接種過一次疫苗的兒童接種第二服 MMR 疫苗。

#### 問：MMR 疫苗有些甚麼成分？

答：該疫苗含有麻疹病毒，腮腺炎病毒，德國麻疹病毒，新霉素(用作預防疫苗受到污染的抗生素)，清蛋白，氨基酸，山梨醇和甘露醇(使疫苗在製作過程中保持穩定以免受不良狀況影響的添加劑)。

#### 問：“過敏反應”是甚麼？

答：“過敏”就是嚴重的敏感反應，如果沒有盡快治理，可能會導致昏迷和死亡。接種疫苗後出現過敏是很罕見的。護士都在處理過敏方面接受過全面的培訓。

#### 問：防疫注射的功效可維持多久？

答：MMR 疫苗提供長期的保護，但所有兒童和成年人需要接種兩服 MMR 疫苗才可完全免疫。

#### 問：沒有保留記錄，又記不清孩子有沒有接種過 MMR 疫苗，該怎麼辦？

答：讓孩子再接再種一服 MMR 疫苗是穩妥的做法。

#### 問：我的孩子已經接種過兩服 MMR 疫苗，那還需要再接再種一次嗎？

答：不需要。只要兩次就夠了。

#### 問：如果我不想讓孩子在學校注射，或者我的孩子在護士到訪當天因生病或缺席而未能接種疫苗，那我可以怎麼做？

答：您可以帶孩子到您的普通科醫生處免費接種 MMR 疫苗。

**問：這一次防疫注射是不是強制參加的？**

答：不是。父母可選擇簽署或不簽署同意書，而只有經家長填妥並簽署同意書的學生才會接種疫苗。

不過，請**所有**家長都閱讀所提供的資訊，並且將同意書(無論簽字與否)交還給學校，以便我們可確保所有家長/監護人收到了《家長資訊》，都得到機會讓子女參加計劃。

**問：注射當天我要不要讓孩子在入學前先服用撲熱息痛？**

答：這是不必要的。

**問：我的孩子因哮喘而需要用噴霧器吸服可的松或強的松，那又該怎麼辦？**

答：使用噴霧器吸服哮喘藥的兒童接種MMR 疫苗是安全的。

**問：懷孕或懷疑有孕的年輕女性應該接種疫苗嗎？**

答：不應該。任何懷孕或懷疑有孕的年輕女性都不應該接種疫苗。女性接受麻疹、腮腺炎、德國麻疹(MMR)疫苗注射後 28 天內必須避免懷孕。

**問：我會不會得到孩子接種疫苗的記錄？**

答：您的孩子會得到一份記錄，請務必通知您的普通科醫生孩子已經接種疫苗，因為這些資料在日後是有需要的。

**問：我可以在甚麼地方找到更多關於防疫注射的資訊？**

答：最新版本的 *Australian Immunisation Handbook* (《澳洲防疫注射手冊》) 載有詳細的資料，手冊可在 [www.immunise.health.gov.au](http://www.immunise.health.gov.au) 找到。

**問：我可以在甚麼地方找到更詳細的資料？**

答. 請與你所在地區的公共衛生部 (Public Health Unit) 聯絡。

**Greater Southern (南部地區)**

(02) 6124 9942      或      (02) 6021 4799  
Queanbeyan office      Albury office

**Greater Western (西部地區)**

(02) 6339 5601      或      (02) 6841 5569  
Bathurst office      Dubbo office  
(08) 8080 1499  
Broken Hill office

**Hunter & New England (亨特和新英格蘭地區)**

(02) 4924 6477      或      (02) 6767 8630  
Newcastle office      Tamworth office

**North Coast (北海岸地區)**

(02) 6588 2750      或      (02) 6620 7500  
Port Macquarie office      Lismore office

**Northern Sydney & Central Coast (北悉尼和中部海岸地區)**

(02) 9477 9400      或      (02) 4349 4845  
Hornsby office      Gosford office

**South Eastern Sydney & Illawarra (悉尼東南和伊拉瓦拉地區)**

(02) 9382 8333      或      (02) 4221 6700  
Randwick office      Wollongong office

**Sydney South West (悉尼西南部)**

(02) 9828 5944      或      (02) 9515 9420  
Liverpool office      Camperdown office

**Sydney West (悉尼西部)**

(02) 9840 3603      或      (02) 4734 2022  
Parramatta office      Penrith office

或瀏覽網站：[www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au)

| 疾病   | 疾病的副作用   | 防疫注射的副作用  |
|--|--|---|
| <p><b>麻疹</b> - 高度傳染性的過濾性病<br/>毒，通過飛沫傳播，會引起發<br/>燒、咳嗽、紅疹。</p>                     | <p>每 25 名患麻疹的小童之中有一名患上肺炎，每<br/>2,000 人中有一人得到腦炎。每 10 名因麻疹而患腦<br/>炎的小童中會有一人死亡，四人腦部永久受損。每<br/>25,000 人會有一人出現致命性的腦部退化。</p>                                       | <p>約十份一人感到不適、局部發<br/>炎或發燒。約百份一人在接種<br/>後 7 至 10 天出現非傳染性紅<br/>疹。每一百萬人中有一人可能<br/>會得到腦炎。</p>   |
| <p><b>腮腺炎</b> - 通過唾液傳播的接觸傳<br/>染過濾性病，會引致頸部腺體<br/>腫大和發燒。</p>                      | <p>二百份一的小童得到腦炎。五份一已過青春期的男性<br/>患上睾丸炎。有些時候腮腺炎會導致不育或耳聾。</p>  | <p>百份一人可能會腫腺腫大。<br/>每三百萬人中有一人得到輕微<br/>腦炎。</p>   |
| <p><b>德國麻疹</b> - 通過飛沫傳播的接觸<br/>傳染過濾性病，會引起紅疹、<br/>發燒和腺體腫大。孕婦感染此病<br/>會造成嚴重畸胎。</p> | <p>約十份五的病人出現紅疹和腺體腫痛，十份五的青少<br/>年和成人關節疼痛，3,000 人中有一人患上血小板<br/>減少症(青瘀/出血)，6,000 人中有一人患上腦炎；若<br/>懷孕首十週內受到感染，十名嬰兒中有九名會出現嚴<br/>重的先天異常，例如耳聾、失明、腦部受損、心臟<br/>缺陷。</p> | <p>約十份一人感到不適、局部發<br/>炎或發燒。約二十份一人出現<br/>腺體腫大、頸部僵硬或關節疼<br/>痛。約百份一人出現非傳染性<br/>紅疹。每 30,500 人中有一人<br/>在接種第一次 MMR 疫苗後出<br/>現血小板減少症。</p> |

# 麻疹、腮腺炎、德國麻疹 (MMR) 防疫注射同意書

Consent for Measles, Mumps and Rubella (MMR) Vaccination

尊敬的家長/監護人

受過專門培訓的註冊護士將會到學校為學生免費注射麻疹、腮腺炎、德國麻疹(MMR)疫苗。

如果你希望為自己的孩子免疫，請填寫本份同意書中的所有部分，然後交給學校。

護士會在注射當日會檢查你的孩子，如果發現患有急性病或發燒，則不能接種。

如果您對 MMR 免疫或本表格有任何疑問，請聯絡您當地的公共衛生部(Public Health Unit)，詳情請參閱《家長資訊》中的常見問題解答。

## 注意：

請用藍色或黑色筆填寫表格。

請勿使用表格複印件。

如果您希望子女接種疫苗，請填寫本同意書所有欄目，然後在 1 星期內交回學校。

如果您不希望子女接種疫苗，請不要將本同意書交回。



An Australian, State and Territory  
Governments initiative



# 麻疹、腮腺炎、德國麻疹 (MMR) 防疫注射同意書

Measles, Mumps and Rubella (MMR) Vaccination Consent Form

## 由家長/監護人填寫

|      |                      |      |  |
|------|----------------------|------|--|
| 學生姓氏 | <input type="text"/> |      |  |
| 學生名字 | <input type="text"/> | 出生日期 | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| 學校名稱 | <input type="text"/> |      |  |
| 年級/班 | <input type="text"/> |      |  |

本人已閱讀並了解所提供的資訊，知悉 MMR 疫苗的好處和可能出現的副作用。本人同意我的子女，即上文所列學生，接種疫苗。

本人聲明，本人的兒子/女兒/受監護人：

- (a) 從沒有對任何疫苗產生過敏反應
- (b) 沒有對 MMR 疫苗中任何成份 (見《家長資訊》中的問題解答部份) 產生過敏反應
- (c) 現時沒有患上惡性疾病 (癌病)
- (d) 現時沒有患上會減低免疫力的疾病 (白血病/愛滋病)
- (e) 現時沒有使用可的松/強的松類藥物或接受免疫抑制療法，包括放射療法
- (f) 沒有對抗生素新霉素過敏
- (g) 在過去三個月內沒有接受過輸血/免疫球蛋白注射
- (h) 在過去四星期內沒有接種過活性疫苗，例如 BCG (肺癆) 或黃熱病
- (i) 沒有懷孕

|          |                         |   |                      |
|----------|-------------------------|---|----------------------|
| 家長/監護人姓名 | <input type="text"/>    |   |                      |
| 家長/監護人簽名 | <input type="text"/>    |   |                      |
| 住址       | <input type="text"/>    |   |                      |
| 區        | <input type="text"/>    | 郵編  | <input type="text"/> |
| 電話       | 家 <input type="text"/>  | 工作 <input type="text"/>   |                      |
|          | 手機 <input type="text"/> | 日期 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |                      |

## 部門專用 – 本部份由護士填寫及保留

|      |                      |    |                      |
|------|----------------------|----|----------------------|
| 簽名   | <input type="text"/> | 蓋章 |                      |
| 疫苗批號 | <input type="text"/> |    |                      |
| 左臂   | <input type="text"/> | 右臂 | <input type="text"/> |

# 麻疹、腮腺炎、德國麻疹 (MMR) 防疫注射記錄

Measles, Mumps and Rubella (MMR) Record of Vaccination

## 由家長/監護人填寫

|      |                      |
|------|----------------------|
| 學生姓氏 | <input type="text"/> |
| 學生名字 | <input type="text"/> |
| 學校名稱 | <input type="text"/> |

## 部門專用

|             |                      |    |                      |
|-------------|----------------------|----|----------------------|
| 左臂          | <input type="text"/> | 右臂 | <input type="text"/> |
| 疫苗批號        | <input type="text"/> |    |                      |
| 新州衛生處/日期 蓋章 | <input type="text"/> |    |                      |
| 護士簽名        | <input type="text"/> |    |                      |

## 請注意：

女性接受麻疹、腮腺炎、德國麻疹(MMR)疫苗注射後 28 天內必須避免懷孕。

請妥善保存本份免疫記錄，供日後提供資訊之用。

請把接種本疫苗的日期告訴您的普通科醫生，以便更新您的子女的健康記錄。

## 注射後出現反應該怎麼辦？

在疼痛部位敷冷毛巾可舒緩痛楚，也可服用撲熱息痛止痛。多喝水。若反應難受或您覺得擔心，請找醫生。