새로운 생각 키우기
올바른 마음 가꾸기
튼튼한 체력 기르기

대성 가정 통신

2022 – 30호

전화: 031-584-0621
FAX: 031-584-9226

소아(5~11세) 코로나19 기초접종안내

학부모님 안녕하십니까.

현재 오미크론 변이로 인한 소아 및 청소년의 코로나19 확진자가 급증함에 따라 소아(5~11세)의 기초접종을 4월 1일부터 시행합니다. 소아 및 청소년의 코로나19 백신 접종의 기본 원칙은 **보호자 및 본인의 자발적 동의에 의한 개별 예방접종**이니 참고하시기 바랍니다.

소아(5~11세) 기초접종 안내

접종 대상	**만 5~11세 소아** ('10년생 생일 미도과자 ~ '17년생 생일 도과자) **※ 감염된 이력이 있는 경우 접종 미권고, 1차 접종 후 감염된 경우도 2차 접종 미권고**
접종 간격	1,2차간 접종간격 **8주(56일)**로 시행
접종 백신	**소아용 화이자 백신** (1인당 주입용량 : 0.2mL)
준비물	1) 사전 작성된 **코로나19 예진표** (→필요 시 첨부된 서식 출력하여 사용) 2) 어린이 예방접종수첩, 기간 만료 전 여권, 1달 이내 발급받은 주민등록등본 혹은 가족관계증명서 (주민등록번호 미노출(*표) 제외한 발급본), 학교생활기록부 개인 신상 페이지(학교장 확인필요) **중 1개**
일정	1) 사전예약일정 : 2022. 3. 24. (목) ~ 2) 접종개시 : 2022. 4. 1. (금) ~
예약방법	** 의사 1인당 1일 접종 200명 제한으로 선착순 예약마감 **- "가평군보건소"로 접종장소를 희망 시** ☞ 3. 24. 이후 '예방접종 사전예약시스템'에서 예약가능 **- "보건지소"로 접종장소를 희망 시** ☞ 3. 24. 이후 콜센터 유선예약만 가능 (09:00~18:00, 점심시간 제외) ☞ 접종대상자 성명, 주민등록번호, 내방할 보호자 연락처와 같은 개인정보수집예정

대상자(거주 주소지)	1차 접종일자	2차 접종일자(안)	전화번호
가평군보건소 (가평읍, 북면, 그 외)	2022. 4. 1.(금) 09:00 ~11:20	2022. 5. 27.(금)	031)580-2815,2816,2847
청평면보건지소 (청평면)	2022. 4. 5.(화) 09:00 ~11:20	2022. 5. 31.(화)	031)580-4142
설악면보건지소 (설악면)	2022. 4. 6.(수) 09:00 ~11:20	2022. 6. 2.(목)	031)580-4091
조종면보건지소 (조종면, 상면)	2022. 4. 7.(목) 09:00 ~11:20	2022. 6. 3.(금)	031)580-4242
가평군보건소 (추가 희망)	2022. 4. 21.(목) 09:00 ~11:20	2022. 6. 16.(목)	
북면 보건지소			031)580-4293

☏ 위의 일정표의 장소 및 일정 확인후, 접종 희망시 해당 거주읍면으로 연락

유의사항	① **온라인 및 콜센터 사전예약 후, 보호자 또는 법정대리인 동반으로 내방** (정확한 의사소통, 이상반응 관리 등의 사유로 **보호자 미동반의 경우 접종 불가**) ② **사전작성된 예진표 및 개인정보 확인 서류 구비** (개인정보 확인 서류 미구비시 접종불가) ③ 피접종자의 체온 37.5도 이상, 코로나19 확진으로 격리 중의 경우 접종연기 (그 외 증상 및 기저질환 의사의 예진하에 결정) ④ **미예약자 당일접종, 잔여백신 접종은 불가** (민간 SNS 잔여백신 등록이 불가함) ⑤ 접종 이전 코로나19 **감염 과거력이 있는** 소아의 경우 **접종을 권고하지 않음** (중증 위험이 높은 면역저하자, 당뇨, 비만 소아의 경우 2회 접종완료 권고)
남양주 거주	**코로나19 백신 및 예방접종 누리집 ☞ 코로나 19 예방접종 사전예약** **< 문의처 >** ☏ 남양주 보건소 031-590-2743 ☏ 남양주 풍양보건소 031-590-4395 ☏ 남양주 동부보건센터 031-590-4658

코로나19 접종 관련 질의응답

소아(5~11세)에게 사용 가능한 코로나 19 백신은 무엇인가요?

▸ 화이자 사에서 **만 5~11세 소아 대상**으로 **별도로 개발된 백신**으로 소아의 **안전성**을 고려하여 **유효성분 용량**이 **성인용 백신의 1/3 수준**입니다.

백신제품	허가 연령*	유효성분 용량 (투여 용량)	접종횟수	백신종류**
화이자 (오렌지색)	5~11세	10㎍ (주사액 0.2㎖)	2회	mRNA

* 만 5~11세 소아 (주민등록상 `10년생 생일 未도과자~`17년생 중 생일 도과자) 접종 가능

** 핵산 백신(mRNA)은 코로나19 바이러스의 표면항원 유전자를 RNA 형태로 몸에 주입하여 체내에서 표면항원 단백질을 생성해 면역반응을 유도합니다. **생백신이 아니므로 백신이 코로나19 감염을 유발하지 않습니다.**

코로나19 예방접종 전·후 주의사항은 무엇인가요?

접종 전	▸ 건강 상태가 좋을 때, 의사의 예진 후 접종 받기 ▸ 코로나19 감염이 의심되거나 발열(37.5℃ 이상)등 급성병증이 있는 경우 접종을 연기
접종 시	▸ 백신은 어깨 가까이에 주사합니다. 어깨 내밀기 쉬운 옷으로 준비하기
접종 후	▸ 접종 후 **15~30분간 접종기관에 머무르며 이상반응 발생여부 관찰**하기 ▸ 귀가 후 **3시간 이상 주의 깊게 관찰**하고 **일주일정도는 고강도의 운동 및 활동 자제**하기 ▸ 접종부위는 청결하게 유지하며 평소와 **다른 신체 증상이 나타나는 경우 의사의 진료** 받기

(뒷장에 계속)

코로나19 예방접종을 받으면 안되는 경우

- **코로나19 백신 구성 성분**에 대한 **아나필락시스*와 같은 심각한 알레르기 반응이 나타난 경우**
- **1차 코로나19 예방접종 후 아나필락시스와 같은 심각한 알레르기 반응이 나타난 경우 2차 접종 금지**

* 아나필락시스: 호흡곤란, 얼굴의 부기, 눈 또는 입술/입안의 부종, 몸 전체의 발진, 빠른 심장박동, 현기증, 쇼크 등의 증상을 동반한 심각한 알레르기 반응

★ 약(장 세척제 등), 화장품, 음식, 다른 종류의 백신 등에 알레르기 병력이 있는 경우 예진표에 기록해 주세요★

코로나19 예방접종 후 발생 가능한 이상반응은 무엇인가요?

- 예방접종 후 **접종 부위 통증이나 부기, 발적, 발열, 피로감, 두통, 근육통, 오한, 메스꺼움** 등이 나타날 수 있음
- 호흡곤란, 얼굴의 부기, 눈 또는 입술/입안의 부종 등을 동반한 **아나필락시스와 같은 심각한 알레르기 반응**이 나타날 수 있음
- mRNA 백신(화이자, 모더나) 접종 후 **가슴 통증, 압박감, 불편감, 호흡곤란이나 숨가쁨, 호흡시 통증, 심장이 빠르게 뛰거나 두근거림, 실신** 증상이 나타나는 **심근염·심낭염이 발생**할 수 있음

코로나19 예방접종 후 이상반응이 나타나면 어떻게 해야하나요?

- **접종부위 부기, 통증**이 있는 경우 **깨끗한 마른 수건을 대고 그 위에 냉찜질** 하기
- **미열**이 있는 경우, **수분을 충분히 섭취**하고 **휴식**을 취하기
- **발열이나 근육통** 등으로 불편함이 있는 경우 **해열진통제를 복용**하기

  * 예방접종 전 아세트아미노펜 성분의 해열진통제 준비, 예방접종 후 몸살 증상이 나타날 경우 해열진통제 복용
- **다음과 같은 경우에는 의사의 진료를 받으세요**
  - **가슴통증, 압박감, 불편감, 호흡곤란이나 숨가쁨, 호흡시 통증, 심장이 빠르게 뛰거나 두근거림, 실신** 등이 새롭게 발생하거나 악화되어 지속되는 경우
  - 접종부위의 통증, 부기, 발적이나 발열 등이 **접종 후 2일이 지나도 호전되지 않거나 악화**되는 경우
  - 접종 후 **갑자기 기운이 떨어지거나 평소와 다른 이상 증상**이 나타나는 경우
- **다음과 같은 경우에는 119로 연락하거나 가까운 응급실로 내원하세요**
  - **숨쉬기 곤란하거나 심하게 어지러운 경우, 입술·얼굴이 붓거나 온몸에 심한 두드러기 증상**이 나타나는 경우

* 나이가 어릴수록 **증상표현**이 **미숙**할 수 있으니 **접종 이후 최소 3일간**은 보호자의 **세심한 관찰**이 **필요**합니다.

이상반응 발생이 의심될 경우 1339 또는 관할 보건소에 문의하시기 바라며, 예방접종도우미 누리집 (https://nip.kdca.go.kr) 내 '예방접종 후 건강상태 확인하기'에서 이상반응과 대처법을 확인할 수 있습니다.

2021년 3월 22일

대 성 초 등 학 교 장

★ **소아용 화이자 0.2ml**

서 식 코로나19 예방접종 예진표

시각장애인을 위한 QR코

- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ **동의** ☐ **동의안함**
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

성 명		주민등록번호(외국인등록번호)	- (☐남 ☐여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑**
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다. ▪ 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 ▪ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ▪ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년	
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.	☐ 예 ☐ 아니오
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.	☐ 예 ☐ 아니오

접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑**
① (여성) 현재 임신 중 입니까?	☐ 예 ☐ 아니오
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( )	☐ 예 ☐ 아니오
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일)	☐ 예 ☐ 아니오
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☞ **'아니오' 일 경우 ⑤번 문항으로** 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)	☐ 예 ☐ 아니오
④-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?(중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류:)	☐ 예 ☐ 아니오
④-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류:)	☐ 예 ☐ 아니오
⑤-1 이전에 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어주십시오. ( )	☐ 예 ☐ 아니오
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ( )	☐ 예 ☐ 아니오

본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 :

년 월 일

의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)		**확인 ☑**
체온 : ℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음	☐
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음		☐
예진 결과	☐ 예방접종 가능	
	☐ 예방접종 연기(사유:)	
	☐ 예방접종 금기(사유:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명)		

예 방 접 종 시 행 자 기 록 란		
제조회사	백신 제조 번호	접종부위
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완
접종자 성명: (서명)		