

붙임 1

코로나19 예방접종 안내문 [접종대상자용]

코로나바이러스감염증-19(코로나19) 예방접종 안내문 - 12~17세 소아청소년용 -

○ 소아청소년(12~17세)에게 사용 가능한 코로나19 백신은 무엇인가요?

백신제품	허가 연령	권고 연령	접종횟수	접종권고간격
화이자 社	12세 이상	12세 이상	2회	21일

* 제품별 허가연령대 이외의 사람은 그 제품의 백신을 접종할 수 없음

* 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.**

○ 백신을 왜 맞아야 하나요?

- ▶ 델타변이 유행으로 코로나19 발생이 증가하고 성인 접종이 진행됨에 따라 백신을 접종하지 않은 소아청소년에 대한 감염 위험 있으며 최근 소아청소년 발생이 전 세계적으로 증가추세에 있습니다.
- ▶ 코로나19 백신은 코로나19 감염예방에 효과적이므로 예방접종을 통해 코로나19 감염으로부터 보호할 수 있습니다.

○ 꼭 맞아야 하는 대상이 있나요?

- ▶ 국외사례 연구결과에 따르면, 기저질환이 있는 소아청소년의 경우 건강한 청소년보다 코로나19 감염시 중증으로 진행 될 위험이 2배정도, 만약 여러 가지 질환이 있다면 7배 이상 높은 것으로 알려져 있습니다.
- ▶ 소아당뇨, 비만 등 내분비 질환, 심혈관 질환, 만성호흡기질환 등 고위험군에 속한다면 예방접종을 권고합니다.
- ▶ 건강한 소아청소년은 예방접종의 이득과 코로나19 감염 및 접종 후 이상반응 관련 위험에 대하여 충분한 정보를 확인하고 접종 전후 유의사항을 숙지한 후 예방접종을 받으실 것을 권고합니다.

○ 백신이 효과적인가요?

- ▶ 예, 12~15세에 대한 화이자 백신의 코로나19 예방효과와 면역반응 평가결과 충분하다고 판단하여 12~15세 화이자 백신 접종에 대한 승인을 받았습니다(7.16)
- ▶ 또한 지난 여름방학 동안에 진행된 국내 고3 학생 접종에 대한 감염예방효과를 분석한 결과 감염 예방효과는 95.8%로 매우 높게 나타났습니다.
- ▶ 미국에서도 백신 미접종 대상군에서 입원율이 백신완료군에 비해 10배가 높은 것으로 나타나서 중증 예방효과에 매우 효과적인 것으로 확인되었습니다.

○ 백신은 안전한가요?

- ▶ 예, 코로나19 백신은 코로나19 바이러스로부터 안전하고 효과적으로 보호해줍니다.
- ▶ 식약처 허가사항에 따르면, 12-15세에 대한 화이자 백신의 안전성은 16세 이상과 전반적으로 유사하여 양호한 것으로 확인되었습니다.
- ▶ 국내 고등학교 3학년 예방접종 결과 이상반응 신고(신고율 0.45%)의 대부분은 두통, 발열, 메스꺼움 등 일반 이상반응(97.6%)이며, 심근염/심낭염은 15건 보고되어 모두 회복(10건 입원치료, 5건 외래치료)되었습니다.
- ▶ mRNA 백신 접종 후 심근염/심낭염 발생 보고가 있으며, 특히 12~15세에서 mRNA 백신 2차 접종 후 수일 이내 주로 발생합니다. 하지만 대부분 경증으로 회복되는 것으로 알려져 있습니다.

<미국 12~17세 mRNA 백신 접종 후 심근염/심낭염 신고율>

<단위: 건/10만건당>

구분	1차 접종 후	2차 접종 후
12-15세	0.26건	2.09건
16-17세	0.25건	3.4건

○ 코로나19 예방접종 전·후 주의사항은 무엇인가요?

접종 전	접종 후
<ul style="list-style-type: none">▶ 건강상태가 좋을 때, 접종하기▶ 접종 전 반드시 의사의 예진 받기▶ 다음과 같은 경우 예방접종 연기하기<ul style="list-style-type: none">- 코로나19 감염이 의심되는 경우- 격리 중인 코로나19 환자 및 접촉자- 발열(37.5℃ 이상) 등 급성병증이 있는 경우- 1차 mRNA 코로나19 백신(화이자) 접종 후 심근염/심낭염 발생이 확인된 경우	<ul style="list-style-type: none">▶ 접종 후 15~30분간 접종기관에 머무르며 이상 반응 발생여부 관찰하기▶ 귀가 후 3시간 이상 주의 깊게 관찰하고 일주일 정도는 고강도의 운동 및 활동 자제하기▶ 접종부위 청결하게 유지하기▶ 평소와 다른 신체 증상이 나타나는 경우 의사의 진료 받기

단 ! 다음과 같은 경우 코로나19 예방접종을 받아서는 안됩니다!

- ▶ 코로나19 백신 구성 성분에 대한 아나필락시스*와 같은 심각한 알레르기 반응이 나타난 경우
 - ▶ 1차 코로나19 예방접종 후 아나필락시스와 같은 심각한 알레르기 반응이 나타난 경우, 첫 번째 백신과 동일 플랫폼의 백신으로 접종 금지
- * 아나필락시스: 호흡곤란, 얼굴의 부기, 눈 또는 입술/입안의 부종, 몸 전체의 발진, 빠른 심장 박동, 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 접종부위 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 반응이 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 발생할 수 있음

○ 코로나19 예방접종 후 이상반응이 나타나면 어떻게 해야하나요?

- ▶ 접종부위 부기, 통증이 있는 경우 깨끗한 마른 수건을 대고 그위에 냉찜질 하기
 - ▶ 미열이 있는 경우, 수분을 충분히 섭취하고 휴식을 취하기
 - ▶ 발열이나 근육통 등으로 불편함이 있는 경우 해열진통제를 복용하기
- * 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 악화되는 경우
 - 접종 후 갑자기 기운이 떨어지거나 평소와 다른 이상 증상이 나타나는 경우
 - ▶ 다음과 같은 경우에는 119로 연락하거나 가까운 응급실로 내원하세요
 - 숨쉬기 곤란하거나 심하게 어지러운 경우, 입술·얼굴이 붓거나 온몸에 심한 두드러기 증상이 나타나는 경우

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.

붙임 3 | 코로나19 예방접종 예진표

서 식

코로나19 예방접종 예진표



- 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.

성명	주민등록번호(외국인등록번호)		-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)		
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항				본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
<p>「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.				
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 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.				
접종 대상자에 대한 확인 사항				본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
① (여성) 현재 임신 중 입니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.()				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> '아니오' 일 경우 ⑤번 문항으로 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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:)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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:)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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. ()				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ()				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : 년 월 일				
의사 예진 결과 (의사 기록란)				확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온 : ℃ 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음				<input type="checkbox"/>
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음				<input type="checkbox"/>
예진 결과	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능			
	<input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유:)			
	<input type="checkbox"/> 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
				<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완
접종자 성명: (서명)				