



가 정 통 신 문

제 2021 - 198호

담당 : 학생인권부

 소아·청소년(12~17세) 코로나19
예방접종 추가 사전예약 안내

경기도 시흥시 장현순환로 100

☎ (교무실) 031-365-8200

☎ (행정실) 031-365-8210

학부모님 안녕하십니까?

최근 델타 변이 확산, 전면등교 등으로 소아청소년의 감염 위험성이 증가하여 예방접종의 이득이 커짐에 따라 질병관리청에서는 당일 현장접종과 별개로, 희망하는 일자에 미리 예약하여 접종을 받을 수 있도록 사전 예약을 추가 실시한다고 하오니, 접종을 희망하는 경우 개별적으로 예약하여 접종에 참여해주시기 바랍니다.

<코로나19 예방접종 추가 사전예약 안내>

■ 추가 사전예약 대상	① 미예약 12-17세 소아청소년 ② 예약일자가 지났으나(11.21일 기준) 접종받지 않은 12-17세 소아청소년
■ 추가 사전예약 기간	'21.11.23.(화) 20시 ~ '21.12.31.(금) 18시
■ 추가 1차 접종 기간	'21.11.29.(월) ~ '22.1.22.(토)

예약 시기별 예약가능 접종일								*변동가능
구분		11.29(월) ~ 12.5(일)	12.6(월) ~ 12.12(일)	12.13(월) ~ 12.19(일)	12.20(월) ~ 12.26(일)	12.27(월) ~ 1.2(일)	1.3(월) ~ 1.5(수)	1.6(목) ~ 1.22(토)
12-17세 미예약자	11.23.(화) 20:00~ 11.24.(목) 24:00	●	●	●	●	●	●	●
	11.25.(목) 00:00~ 11.30.(화) 24:00		●	●	●	●	●	●
	12.1.(수) 00:00~ 12.7.(화) 24:00			●	●	●	●	●
	12.8.(수) 00:00~ 12.14.(화) 24:00				●	●	●	●
	12.15.(수) 00:00~ 12.21.(화) 24:00					●	●	●
	12.22.(수) 00:00~ 12.28.(화) 24:00						●	●
	12.29.(수) 00:00~ 12.31.(금) 18:00							●

- **접종절차:** 예약 기간 중 예방접종 사전예약 누리집(<https://ncvr.kdca.go.kr>) 접속 또는 콜센터 (1339, 지자체) 전화 예약(대리예약 가능) 후 개별적으로 접종기관 방문하여 접종
- 접종 시에는 보호자(법정대리인)가 동행하여야 하며, 불가피하게 보호자(법정대리인)가 동행하지 못하는 경우 보호자(법정대리인)가 작성한 접종 시행 동의서(붙임2)와 예진표(붙임3)를 접종대상자(학생)가 의료기관에 제출하여야 함 ※ 접종 시 신분증을 개인별로 지참
- **유의사항:** 보호자는 예방접종 안내문(붙임1) 등에 포함된 이상반응, 예방접종 전·후 주의사항 등을 사전에 반드시 잘 숙지하시기 바라며, 접종 후 3일간 건강상태를 유의 깊게 관찰하고, 일주일간은 고강도의 운동 및 활동을 자제하도록 지도해주시기 바랍니다

2021. 11. 29.

시 흥 가 온 중 학 교 장

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

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

* 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?

- ▶ 전염력이 높은 **델타 변이가 유행**하고, **단계적 일상회복 전환**으로 거리두기가 완화되면서 **소아청소년 감염 위험이 높아**지고 있고, 실제 **소아청소년 발생이 계속해서 증가**하고 있습니다.
- * 미국, 일본, 캐나다 등 대부분의 국가에서는 **12세 이상 모든 소아청소년**에게 코로나19 예방접종을 시행 중
- ▶ 현재 소아청소년 집단은 **접종률이 낮아** 유행 차단효과를 기대하기 어렵고 **감염이 쉽게 확산**될 수 있습니다. 특히, 소아청소년은 **무증상 감염**이 많아 조기 발견이 어렵고, 가정 및 또래집단 등에서 감염이 상당히 **확산된 이후에 발견**되고 있습니다.
- * (11월 1-2주) **교육시설(47건, 28.3%)**, **사업장(37건, 22.3%)**, **의료기관/요양시설(35건, 21.1%)** 順으로 집단감염 발생
- ▶ 코로나19 감염으로 **입원, 위중증**으로 진행될 위험이 있고, **격리 및 등교중지**에 따른 **학습권의 침해, 심리적 위축 등 정신건강**에 대한 부정적 영향 등 다양하고 심각한 영향을 받을 수 있습니다.
- ▶ 코로나19 백신은 코로나19 감염예방에 효과적이므로 예방접종을 통해 코로나19 감염으로부터 보호할 수 있습니다.

⇒ 델타 변이 확산, 거리두기 완화 등 방역 상황에 따라 최근 들어 감염 위험성이 증가하여 **예방접종의 이득이 더욱 커지고** 있습니다.

○ 꼭 맞아야 하는 대상이 있나요?

- ▶ 소아당뇨, 비만 등 내분비 질환, 심혈관 질환, 만성신장질환, 만성호흡기질환, 신경계질환, 면역저하자 등 **기저질환이 있는 소아청소년**의 경우 건강한 청소년보다 코로나19 감염 시 중증으로 진행될 위험이 최대 7배 이상 높은 것으로 알려져 있어 **예방접종이 적극 권고**됩니다.
- ▶ **건강한 소아청소년도** 예방접종으로 코로나19 **중증 감염**과 다기관염증증후군과 같은 **합병증**을 **예방**할 수 있으므로, 예방접종의 이득과 코로나19 감염 및 접종 후 이상반응 관련 위험에 대하여 충분한 정보를 확인하고 접종 전후 유의사항을 숙지한 후 **예방접종**을 받으실 것을 **권고**합니다.

○ 백신이 효과적인가요?

- ▶ **국내 고등학교 3학년** 접종자 대상 분석에서 **감염예방효과**는 **95.8%**로 매우 높게 나타났습니다.
- ▶ 18세 이하에서 **접종완료군**에서 **입원율, 중환자 발생률**이 미접종군에 비해 **매우 낮게** 나타났습니다.
- * 최근 2주(21.10.24.~11.6.) 12~17세 확진자는 3,001명으로 이 중 98.7%(2,961)가 미접종자이며, 완전접종자는 1명임. 위중증 환자는 2명이며 모두 미접종자임, 사망자는 없음
- ▶ **미국**에서도 백신 미접종 대상군에서 입원율이 백신완료군에 비해 10배가 높은 것으로 나타나서 **중증 예방에 매우 효과적**인 것으로 확인되었습니다.

○ 백신은 안전한가요?

- ▶ 식약처 허가사항에 의하면, 소아청소년에 대한 화이자 백신의 안전성은 성인과 전반적으로 유사하며 양호한 것으로 확인되었습니다.
- ▶ **국내 고등학교 3학년** 접종 결과(21.7.19~9.25),, 이상반응 신고(신고율 0.45%)의 **대부분**은 두통, 발열, 메스꺼움 등 **일반 이상반응(97.6%)**이며, **심근염·심낭염**은 **15건** 보고되어 **모두 회복(10건 입원, 5건 외래)**되었습니다.
- ▶ 현재 진행 중인 **국내 12-17세** 예방접종에 따른 이상반응 신고(11.14. 0시 기준 신고율 0.24%) 역시 **대부분 일반 이상반응(98.2%)**이며, 아나필락시스 의심이 **24명**이었고 심근염·심낭염 의심 신고가 3건 있었으며, 사망사례 보고는 없었습니다.
- ▶ 미국에서는 mRNA 백신 접종 후 심근염·심낭염 발생 보고가 있으며, 특히 12~15세에서 mRNA 백신 2차 접종 후 수일 이내 주로 발생하지만 대부분 경증으로 회복되는 것으로 알려져 있습니다.

○ 코로나19 예방접종 전·후 주의사항은 무엇인가요?

접종 전

- ▶ 건강상태가 좋을 때, 접종하기
- ▶ 다음과 같은 경우 예방접종 연기하기
 - 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



접종 후

- ▶ 접종 후 15~30분간 접종기관에 머무르며 이상반응 발생여부 관찰하기
- ▶ 귀가 후 3시간 이상 주의 깊게 관찰하고 일주일정도는 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★

※ 아래 예방접종 시행 동의서는 보호자가 접종 당일 동행하지 못하는 경우에만 보호자가 예진표와 함께 작성하여
접종대상자가 접종 당일 의료기관에 제출할 수 있도록 합니다. (학교에 제출하지 않습니다.)

소아청소년 대상 코로나19 예방접종 시행 동의서

질병관리청에서는 안전한 예방접종 시행을 위해 보호자(법정대리인)가 동행하여 예방접종을 실시하도록 하고 있습니다.

본 동의서는 보호자(법정대리인)가 접종대상자와 동행하지 못하는 불가피한 경우, 접종대상자가 단독으로 의료기관을 방문하여 예방접종을 실시하는 것에 대한 보호자(법정대리인) 동의 여부를 확인하기 위하여 마련되었습니다.

귀하께서 접종대상자가 단독으로 의료기관에서 예방접종 받는 것에 동의할 경우 코로나19 예방접종 시행
동의서와 예진표를 작성하여, 접종대상자가 의료기관에 제출하고 예방접종을 받을 수 있도록 하여 주시기
바랍니다.

* ‘코로나19예방접종 예진표’와 ‘소아청소년 대상 코로나19 예방접종 시행 동의서’는 반드시 보호자(법정대리인)가 작성하여야 하며, 관련 서식은 질병관리청 코로나19 예방접종 누리집(ncv.kdca.go.kr) > 알람·서식 > 지침 에서 다운로드하여 이용하실 수 있습니다.

1. 접종대상자가 예방접종하고자 하는 해당 백신을 표시해 주십시오.

- 화이자社 코로나19 백신(코미나티주) ☐

2. 접종대상자의 예방접종 예진표를 작성하셨나요? 예 ☐ / 아니요 ☐

3. 접종대상자가 예방접종 후 급성 중증 이상반응 발생 여부 관찰 등을 위하여 접종 후 15~30분간 접종 기관에 머무를 수 있도록 반드시 사전에 알려주십시오. 예 ☐

4. 보호자(법정대리인)는 접종대상자가 접종 후 일주일 간 고강도의 운동 및 활동을 자제하도록 지도해주시고 건강 상태를 면밀히 관찰하여 주시기 바랍니다. 예 □

5. 접종대상자의 예방접종 후 이상반응 설명 및 미동행 확인 등을 위하여 연락 가능한 연락처를 정확하게 작성해 주십시오(휴대 전화번호: _____).

※ 접종 당일 접종대상자의 건강상태 및 의사의 예진 결과에 따라 예방접종이 연기될 수 있습니다.

피접종자(대상자) 성명 :

피접종자(대상자)와의 관계 :

보호자(법정대리인) 성명 :

20 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명: (서명/인)

- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받았습니다. ☐ 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. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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 수신할 수 없습니다. ※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항				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? ☞ ‘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				
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)				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)				