



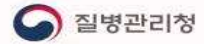
김제중앙교육통신

만 12세 동절기 코로나19 추가예방접종 안내문

교무실 063-546-4851
행정실 063-546-4850
<http://www.kim-ja.es.kr>

스스로 배우고, 더불어 꿈을 키우는 행복한 학교

2022.12.08.



청소년(12-17세) 동절기 추가접종 안내문



청소년 동절기 추가접종 안내

- | | | | |
|------------|---|------------|---------------------------------|
| 대 상 | 기초접종을 완료한 모든 청소년 12~17세 | 권 고 | 고위험군 청소년 |
| 백 신 | 2가백신 화이자 BA.1, 화이자 BA.4/5
<small>* mRNA 백신 금기 및 원하지 않는 경우, 노바백스 백신도 가능</small> | 관 격 | 마지막 접종일 이후
90일이 되는 날부터 접종 가능 |

예방접종이 권고되는 고위험군의 범위

- 만성폐질환, 만성심장질환, 만성간질환, 만성신질환, 신경-근육질환
- 당뇨, 비만, 면역저하자(면역억제제 복용자)
- 만성질환으로 사회복지시설 등 집단시설에서 치료, 요양, 수용 중인 청소년
- 이외에도, 상기 기준에 준하는 고위험군 12~17세 청소년으로, 접종이 필요하다고 판단되는 경우 의사소견에 따라 접종권고

청소년도 동절기 추가접종이 필요한가요?

- ✓ 청소년은 오미크론 변이주에 3~5배 더 많이 걸리고 2회 감염 위험이 성인보다 약 1.8배 높습니다.
- ✓ 청소년도 코로나19 감염 후 사망이 발생하고 있으며, 특히 고위험군은 더 위험합니다. (10-19세 사망 18명 중 고위험군 14명)
- ✓ 기존에 접종한 백신의 면역은 시간이 지나면서 감소하고, 2가백신은 오미크론 바이러스에 효과가 더 좋습니다.

어떤 효과가 있나요?

- ✓ 2가백신은 오미크론 바이러스에 효과가 3~4배 더 좋습니다.



- ✓ 2가백신을 접종한 경우 단가백신만 접종한 경우 보다 코로나19 감염이 56% 더 적었습니다.

2가백신은 안전한가요?

- ✓ 청소년에서도 2가백신 접종 후 신고된 이상사례는 기존 단가백신 이상사례와 유사하였습니다.
- 드물게 접종 후 증상이 있어도 대부분(94.3%)이 일반적인 증상이었고,
- 주사부위통증 66.9%, 피로 45.2%, 발열 36.3% 순이었습니다.
- ✓ 우리나라 성인의 화이자 2가백신 추가접종 후 이상사례 신고율은 기존 단가백신보다 훨씬 낮았습니다.





3, 4차 접종 종료 안내

2가백신을 활용한 동절기 접종에 집중 도모

3, 4차 접종 종료 개요

- **주요내용** '22.12.17.부터 3, 4차 접종 중단
단가백신을 활용한 기초접종(1, 2차)은 유지됩니다.
*기초(1, 2차)접종 시 화이자(단가), 안센, 노바백스, 스카이코비원 백신 사용
- **종료대상** 12-17세 3차 접종, 18세 이상 3, 4차 접종 ^{추가}

1

3, 4차 접종 종료는 왜 필요한가요?

- 국내 검출 바이러스 중 오미크론 계열의 변이가 대부분(11월 4주 85.1%)인 상황으로, 유행하는 변이에 대응하여 개발된 2가백신 접종을 권고합니다.
- 동절기 접종에서 활용하는 2가백신이 코로나19 예방에 더 효과가 높습니다.
*2가백신은 단가백신 대비 BA.1에 3배, BA.5에 4배 중화항체가 더 높음
- 추가접종에 대한 전략을 단일화하여 국민들의 접종 혼선을 줄이고자 합니다.

코로나19 유행상황, 백신의 효과성, 접종 권고기준 등을 종합적으로 고려하여 3, 4차 접종 종단을 결정하였습니다.

2

3, 4차 접종 종료 일정은 어떻게 되나요?

예약종단	18세 이상	3, 4차 접종 신규 예약 종단	'22.11.28.~
	12세-17세	3차 접종 신규 예약 종단	'22.12.12.~
접종종단	3, 4차 접종 종단		'22.12.17.~

* 예약 종단일부터 '22.12.16.까지 사전예약분 및 당일 접종은 유지

동절기 추가접종 시행 동의서 (의료기관 제출)

※ 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.)

청소년(12-17세) 대상 코로나19 예방접종 시행 동의서(동절기 추가접종용)

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 사용하실 수 있습니다.

1. 접종대상자가 예방접종하고자 하는 해당 백신을 표시해 주십시오.

- 화이자社 코로나19 백신(코미나티2주) BA.1 ☐ BA.4/5 ☐
- 노바백스社 코로나19 백신(뉴백소비드프리필드시린지) ☐

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

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 : (예시) 홍길동

피접종자(대상자)와의 관계 : (예시) 부모 또는 모

보호자(법정대리인) 성명 : (예시) 홍판서

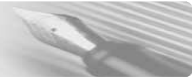
20 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명: 홍판서 (서명/인)

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 				
<p>1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p>				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.</p>				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접종 대상자에 대한 확인사항				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				
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)				

오미크론 대응 2가백신 동절기(코로나19) 추가접종 예방접종 후 주의사항 안내

접종 후 주의사항

- 접종 후 15~30분간 접종기관에 머물러 이상사례가 나타나는지 관찰하기
- 귀가 후 적어도 3시간 이상 주의 깊게 관찰하기
- 접종 후 최소 3일간 특별한 증상이 나타나는지 관심 기울이기
 - 예방접종 후 접종 부위 발적, 통증, 부기, 근육통, 발열, 두통, 오한 등의 증상이 흔하게 발생 가능
- 고열이 있거나 평소와 다른 신체 증상이 나타나면 의사의 진료 받기

주요한 이상사례

- 중증 알레르기 반응(아나필락시스)이 나타나면 즉시 119로 연락하거나 가까운 응급실로 내원
- 화이자, 모더나 백신 접종 이후 다음과 같은 심근염/심낭염 의심증상이 나타나면 신속히 의료기관 방문하여 진료



심근염 및 심낭염 의심증상

예방접종 이후 아래와 같은 증상이 새롭게 발생하거나 악화되어 지속되는 경우



가슴 통증, 압박감, 불편감



호흡곤란 또는 숨가쁨,
호흡 시 통증



심장이 빠르게 뛰거나
두근거림



실신

동절기 추가접종(2가백신)에 대한 자세한 정보는

[코로나19예방접종.kr](https://www.kdca.go.kr) 누리집에서 확인하세요!



백신접종 이상반응 건강회복 지원사업 안내자료

백신접종 후
중증 이상 반응으로 인해
국가보상을 신청했으나,
인과성이 인정되기 어려워
보상을 받지 못한 **만 18세 이하
청소년(접종당시 기준)을**
대상으로 의료비 지원을 통해
건강권 및 **학습권을**
보호하기 위한 정책입니다.



주소

충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명5로 267-4 3층,
한국교육환경보호원

홈페이지

www.schoolkeepa.or.kr

Tel

043-710-4000

만18세 이하 청소년 대상

백신접종 이상반응 건강회복 지원사업



교육부 한국교육환경보호원

지원대상

백신 접종 당시 **만 18세 이하인 청소년*** 중
접종 이후 **90일 내** 발생한
중증 이상반응 등**으로 인해
**국가보상을 신청했으나, 인과성이 인정되기 어려워
보상을 받지 못한 자(심의기준 4-2유형)**

- * 예방접종의 실시기준 및 방법(질병관리청 고시 제2020-9호)에
명시된 접종자로 접종 당시 만 18세 이하 청소년 해당
- ** 중상의 유형과 관계없이 국가보상 신청액수가 본인부담금
기준 30만원 이상

<예방접종 피해보상 심의기준>

구분	피해보상 기준
1. 인과성이 인정된 경우	합계보상금 (443-913-2283) 심판관(의정) 결정
2. 인과성에 개연성이 있는 경우	
3. 인과성에 개연성이 있는 경우	
4. 인과성에 개연성이 있는 경우	
5. 인과성에 개연성이 있는 경우	
6. 인과성에 개연성이 있는 경우	
7. 인과성에 개연성이 있는 경우	
8. 인과성에 개연성이 있는 경우	
9. 인과성에 개연성이 있는 경우	
10. 인과성에 개연성이 있는 경우	

지원금액

개인별 총액 **5백만원** 한도 내 의료비 등 지급

※ 다만, 일정조건*을 충족하고, 의료비 총액이 5백만원을 초과하는 경우
최대 5백만원 이내 추가 지원
(타 제도에 따른 의료비를 지원받은 경우라도 중복지원 가능)
* 교육급여 대상자 : 중위소득 50% 이하



지원절차

질병관리청으로부터 **가각 결정(4-2 유형)**
통보를 받은 자가 교육부(위탁기관)에
의료비 지원신청서를 제출
→ 교육부는 지급 제외 항목* 확인 후 의료비 지원

* 물리치료, 영양제 수액(알부민, 비타민 등) 투여 비용, 이미징 비용,
보약, 침(침술 및 약재) 비용, 1인병실 사용 비용 등

<지원 절차>

질병관리청(보건소)

- 국가보상 심사결과 통보(4-2 유형)
- ※ 교육부 의료비 지원 제도 안내(교육부·교육청·지자체)

의료비 지원 신청자

- 의료비 지원신청서 작성
- 개인정보수집·이용 및 제3자 제공 동의서 포함
- ※ 동의서 미제출 시 의료비 지원신청서, 의료기관이 발행한
진료확인서, 진료비 영수증, 진료비 세부신청내역서,
의무기록 사본 제출

지원신청서 제출 ↔ 의료비 지급

교육부(한국교육환경보호원)

- 서류 검토
- 질병관리청 보유 자료 확인
- 시도교육청을 통해 학적 조회 및 확인 (N·I·S)

지원방법

1 안내서류를 구비하여 담당자에게 제출

E-mail medi@schoolkeepa.or.kr
우편 충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명5로 276-4 3층,
한국교육환경보호원 담당자 앞

2 안내서류는 학생건강정보센터에서 다운로드 가능

홈페이지 주소 www.schoolhealth.kr

지원기간

2022년 2월 1일 ~ 2023년 5월 31일

문의전화

한국교육환경보호원 담당자 043-710-4026

신청 서류

- 1 의료비 지원신청서
- 2 개인정보수집·이용 및 제3자 제공 동의서
- 3 가족관계증명서
- 4 자녀의 기본증명서(상세)
- 5 통장사본(신청자 명의의 통장)

지급방식

한국교육환경보호원 ▶ 신청자의 통장 계좌로 지급