



“배려와 사랑으로 모두가 행복한 학교”

가 정 통 신 문

<http://school.jbedu.kr/muju>

등록번호: 2022-219호

발송일자: 2022. 12. 21

담당부서: 보 건 실

문의전화: 324-0652

제 목 :

동절기 청소년(12~17세) 코로나19 백신 추가접종 시행계획 안내

학부모님께,

코로나19 예방접종 대응 추진단에서 '22~'23년 청소년(12~17세)대상 「동절기 코로나19 추가접종 계획」을 알려왔습니다. 관련 내용을 다음과 같이 안내하여 드리오니 적극 안내하여 주시고, 코로나19 겨울철 재유행 및 다양한 호흡기 질환 유행에 대비하여 주시기 바랍니다.

- 다 음 -

[동절기 코로나19 추가 예방접종 운영 개요]

(접종대상) 12~17세('05.1.1~'10.12.31.) 청소년 중 기초접종(2차) 이상 완료자

면역저하자 및 기저질환자 등 고위험군은 접종 권고

※ 12세('22년 기준 2010년생)는 생일 이후 접종 가능

(활용백신) 화이자 BA.1 및 BA.4/5 기반 2가백신 우선 활용

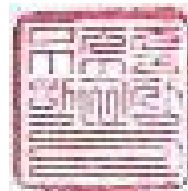
※ 예외적으로 mRNA 백신 접종 금기 및 원하지 않는 경우 노바백스백신으로 접종 가능

(시행일정) 2022.12.12. 사전예약 및 당일접종 시작, 2022.12.19. 예약접종 시작

※ 기존 단가백신을 활용한 청소년 3차접종은 사전예약(12.12.) 및 접종(12.17) 각각 중단하고, 2가백신을 활용한 동절기 추가접종으로 단일화함

(접종간격) 마지막 접종일로부터 3개월(90일) 이후

(접종시행) 접종 당일 신분증 지참 후 보호자와 함께 방문, 예진표 작성 후 접종
(보호자 미동반 시 보호자가 사전 접종시행 동의서 및 예진표 작성)



2022. 12. 16.

무 주 중 학 교 장

청소년(12-17세) 동절기 추가접종 안내문

- 의료인용 -



청소년 동절기 추가접종 개요

대 상 기초접종을 완료한 모든 청소년 12~17세

권 고 고위험군 청소년

백 신 2가백신 화이자 BA.1, 화이자 BA.4/5

* mRNA 백신 금가 및 탈하지 않는 경우, 노바백스 백신도 가능
간 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

필요성

- ✓ 청소년도 감염 후 사망이 발생하고, 고위험군은 더욱 위험합니다.
 - (사망) 10-19세 18명 사망, 이중 고위험군 14명(77.8%)
 - 기저질환의 종류는 다운증후군, MELAS 증후군, 당뇨병, 근이영양증, 레녹스-가스트 증후군, 뇌전증, 비만 등
 - (심근염) 코로나19 감염 시 심근염 위험이 비감염자 대비 15.7배 증가
 - 심근염 발병 위험 감염자 0.146%, 비감염자 0.009%
- ✓ 이전에 코로나19 예방접종을 했더라도 마지막 접종 후 3개월 이상 지나면 면역이 감소합니다.
- ✓ 청소년은 오미크론 변이주에 더 쉽게 걸리고, 두 번째 감염도 더 많이 발생합니다.
 - (오미크론) 델타주 대비 오미크론 변이주에 15~19세는 3.2배, 10~15세는 5.28배 감염이 더 발생할
 - (재감염) 확진자 중 2회 감염자 비율은 전체연령에서 2.62%, 12~17세에서 3.58%로, 12~17세의 재감염률이 더 높음

국외 사례

- ✓ 세계 여러 나라도 청소년(특히 고위험군)에게 2가백신 접종 중입니다.

국가	접종하는 2가백신	국가	접종하는 2가백신
미국	화이자 BA.4/5	영국	화이자 BA.1,
일본	화이자 BA.1, 화이자 BA.4/5	프랑스	화이자 BA.1, 화이자 BA.4/5
캐나다	화이자 BA.4/5		

효과성

- ☑ 청소년 2가백신 접종으로 중증예방효과와 겨울 동안 감염예방효과를 기대할 수 있습니다.

▶ 2가백신은 오미크론 변이주에 대한 효과가 더 좋습니다.



- 화이자 BA.4/5 2가백신은 기존백신보다 BA.1에 3배, BA.5에 4배 중화항체가 높음

구분	단가백신 2회이상 접종 대비 2가백신의 감염예방효과	
	이전접종 6~7개월 후 2가백신 접종	이전접종 8개월 이후 2가백신 접종
백신효과 (95% CI)	46%(41-50)	56%(53-58)

- 미국의 2가백신 추가접종 결과, 18세~49세 성인에서 BA.4/5 2가백신접종자는 이전 단가백신으로 2회 이상 접종자와 비교하여 코로나19를 56% 더 예방함 (2022.9.14.~2022.11.11.)

▶ 청소년에서의 코로나19백신의 효과는 확인되었습니다.

- 코로나19로 다기관염증증후군(MIC-S)이 발생하는 청소년 10명 중 9명은 단가백신 2회 접종으로 다기관염증증후군(MIC-S)을 예방하였음
- 오미크론 변이주 유행 시기에, 단가백신을 2회접종하면 백신을 접종하지 않았을 때 보다 중증(critical illness) 예방효과는 79%로 우수하였고, 입원 예방효과도 40%였음
- 오미크론 변이주 유행시기에는 단가백신 2회 접종으로 접종 후 2~22주 동안 43%, 23~44주 동안 38%의 입원을 예방함
- 단가백신 2회접종 후 14~149일 동안은 접종하지 않았을 때 보다 오미크론 변이주 감염을 59% 예방함

안전성

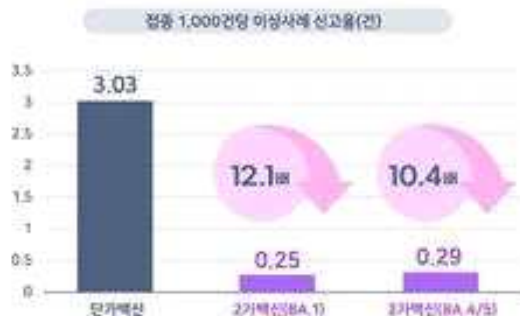
- ☑ 청소년에서 2가백신의 안전성은 이전 단가백신과 유사하며, 접종 후 심근염(10만건당 1.9건)과 심낭염(10만건당 0.4건)은 매우 드뭅니다.

▶ 청소년에서도 2가백신 접종 후 신고된 이상사례는 기존 단가백신 이상사례와 유사하였습니다.

- 미국에서 12~17세 접종 후 능동감시 결과(v-safe) 주사부위통증 66.9%, 피로 45.2%, 발열 36.3%, 근육통 33.6%, 의학적 치료가 필요한 경우 1.2%
- 의료인의 신고를 포함한 수동감시(VAERS) 결과 12세 이상 화이자 BA.4/5 접종 후 신고된 이상사례의 대부분(94.3%)이 일반적인 이상사례

▶ 지금까지 청소년 백신접종은 안전성이 높았습니다.

- 우리나라 12~17세 단가백신 접종 후 이상사례는 1,000건 당 2.99건 신고, 이 중 97%는 두통 등 일반 이상사례
- 19세 이하에서 화이자 단가백신 접종 후 심근염은 접종 10만 건당 1.9건, 심낭염은 접종 10만 건당 0.4건 확인
- 미국 12~17세 남성의 화이자 추가접종 후 심근염 보고율은 100만회 당 11.4회로 기초접종* 시 보다 낮았음
- * 12~15세 남성 100만 건 접종 당 약 70건, 16~17세 남성 100만 건 접종 당 약 105건 보고



▶ 우리나라 성인(18세 이상)의 화이자 2가백신 추가접종 후 이상사례 신고율은 기존 단가백신보다 훨씬 낮았습니다.

- 2가백신 이상사례 신고율은 기존 단가백신 신고율 (1,000건당 3.03)보다 10.4배~12.1배 낮음



BA.1과 BA.4/5, 어떤 백신을 집중할까요?

✓ 활용 가능한 2가백신으로 겨울 유행 동안 최대한 빨리 접종하는 것이 중요합니다.

- 2가백신은 모두 기존 단가백신보다 오미크론 변이주에 효과가 높습니다.
- 다만 두 백신끼리의 효과차이는 아직 확인되지 않았습니다.
- 우리나라에 지금 가장 많이 감염되는 오미크론 변이주는 BA.5이지만 앞으로는 다른 변이주(BQ.1.1, XBB 등)가 더 많이 발생할 수 있어, 어느 것이든 빨리 맞으시는 것이 좋습니다.



	화이자 BA.1백신	화이자 BA.4/5
항원	초기주 + BA.1	초기주 + BA.4/5
대응하는 바이러스	오미크론 변이주(BA.1) → 2022년 1~3월 주요유행	오미크론 변이주(BA.5) → 2022년 7월 이후 지금까지 유행
효과성 연구 결과	<p>2가백신 접종은 기존백신접종보다 BA.1에 1.56배 높은 중화항체가를 보임</p>	<p>2가백신 접종은 기존백신접종보다 BA.1에 3배, BA.5에 4배 높은 중화항체가를 보임</p>

붙임 1

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)

붙임 2

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 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				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)				
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?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
(중증 이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류:)				
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 : °C 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)				