

新北市政府衛生局

人類乳突病毒(HPV)疫苗接種同意書暨評估單(第2劑/第3劑)

親愛的同學及家長，您們好：

為預防子宮頸癌、頭頸癌及人類外生殖器癌等，特此通知並徵求您的同意本疫苗預防接種服務，請您詳讀「人類乳突病毒疫苗衛教手冊」、「人類乳突病毒疫苗接種說明」後，填寫接種同意書暨評估單，感謝您的支持與配合！

被接種者姓名：_____本國籍身分證字號：_____生日：_____年_____月_____日

就讀學校：_____區_____國中 年級：_____班級：_____座號：_____

緊急聯絡人姓名：_____稱謂：父母其他：_____緊急連絡人電話：_____

● 是否有轉學過?否；是，曾經就讀過_____縣/市_____國中

參加接種服務意願請勾選(二擇一)

同意：我(我的子女/照顧對象)已接種過第1劑/第1、2劑 HPV 疫苗，且充分閱讀 HPV 疫苗衛教手冊與疫苗接種說明，並同意接種第2劑/第3劑 HPV 疫苗及將接種資料作為政策評估使用。

不同意：我(我的子女/照顧對象)不同意接種 HPV 疫苗，原因：

已接種過完整劑次 HPV 疫苗 日後會自費接種 HPV 疫苗 不清楚疫苗用處

擔心疫苗不良反應 孩子曾對藥物或疫苗有嚴重過敏反應

其他：_____

◎ 簽名者已經閱讀並瞭解人類乳突病毒疫苗的相關資訊，瞭解此項疫苗之保護效果、副作用及禁忌，並確認被接種者無接種禁忌。

學生(被接種者)簽名：_____日期：_____年_____月_____日

家屬/關係人簽名：_____，與被接種者之關係_____日期：_____年_____月_____日。

(此欄簽名者須滿18歲)

*請勿使用鉛筆簽名，並請簽正楷中文全名

【接種前自我評估】

◎ 下列評估表為家長與被接種者共同勾選結果，將列為醫師評估重要依據

◎ 懷孕期間無法接種疫苗，請家長確實評估，醫師將完全採信評估結果

評估內容	評估結果	
	是	否
1.以前是否曾對人類乳突病毒疫苗或其他疫苗的任何成分(包括酵母菌)有過敏反應，如紅疹、嘔吐、呼吸困難等。		
2.目前是否有發燒、心臟衰竭、肝腎功能異常、關節炎、紅斑性狼瘡等病症。		
3.本人目前是否有懷孕。		
4.本人是否有癌症、免疫缺乏、凝血功能異常等病史，或使用免疫抑制劑等。		
5.以前預防接種是否有嚴重特殊反應，如發燒(耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)、抽搐、昏迷、休克等。		

【接種當日由醫護人員填寫】

◎ 提醒：依照仿單第1劑接種時9~14歲 採用2劑接種時程

第1劑接種時15歲以上 採用3劑接種時程(請於衛生局指定院所接種)

目前有無發燒(耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		接種前體溫：_____ $^{\circ}\text{C}$
評估後是否接種： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	接種地點： <input type="checkbox"/> 校園 <input type="checkbox"/> 醫療院所	評估醫師簽章：
疫苗名稱	<input type="checkbox"/> 嘉喜 [®] [九價人類乳突病毒(第6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58型)基因重組疫苗]注射劑 0.5 毫升	
	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
接種劑次： <input type="checkbox"/> 第1劑 <input type="checkbox"/> 第2劑 <input type="checkbox"/> 第3劑	疫苗批號：	
接種日期：_____年_____月_____日	接種人員簽章：	
接種單位名稱：		