

臺北市政府衛生局

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 接種同意書暨評估單 107.11 修訂

親愛的同學及家長，您們好：

為預防子宮頸癌，特此通知並徵求您的同意本疫苗預防接種服務，並請您詳讀「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！

姓名：_____ 身分證字號：_____ 生日：_____年_____月_____日
縣(市)：_____ 就讀學校：_____ 年級：_____ 班級：_____ 座號：_____
緊急聯絡人：_____ 父 母 其他：_____ 電話/手機：_____

【接種同意書】

◎ 我已經閱讀並瞭解人類乳突病毒疫苗的相關資訊，並確認我(我的子女)無接種禁忌。

● 以下請學生填寫：

- 我曾接種完整 HPV 疫苗，不參加本次疫苗接種。
- 我已充分閱讀 HPV 疫苗衛教手冊與 HPV 疫苗接種說明，並同意接種 HPV 疫苗及接種資料作為政策評估使用。
- 我不同意接種 HPV 疫苗，因為 _____ (可不寫)

學生簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日
備註：1.請勿使用鉛筆簽名。2.請簽正楷中文全名

● 以下請家長填寫：(關係：_____)

- 我的女兒/照顧對象曾接種完整 HPV 疫苗，不參加本次疫苗接種。
- 我已充分閱讀 HPV 疫苗衛教手冊與 HPV 疫苗接種說明，並同意讓女兒/照顧對象接種 HPV 疫苗及接種資料作為政策評估使用。
- 我不同意讓女兒/照顧對象接種 HPV 疫苗，因為 _____ (可不寫)

家長簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日
備註：1.請勿使用鉛筆簽名。2.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.以前是否曾對同一類疫苗或對疫苗的任何成分(包括酵母菌)有過敏反應。		
2.目前是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟、關節炎、紅斑性狼瘡等病症。		
3.本人目前是否有懷孕。		
4.有無任何過敏反應或病徵，如紅疹、嘔吐、呼吸困難。		
5.本人是否有子宮頸癌症、免疫缺乏、凝血功能異常等病史，或使用免疫抑制劑等。		
6.以前預防接種是否有嚴重特殊反應，如發燒(38°C以上)、抽搐、昏迷、休克等。		

【接種當日由醫護人員填寫】

- ◎ 提醒：依照仿單第一劑接種時 9~14 歲 採用二劑接種時程
第一劑接種時 15 歲以上 採用三劑接種時程(請於衛生局指定院所接種)

目前有無發燒(38°C以上)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	接種前耳溫：_____°C
評估後是否接種： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	評估醫師簽章：_____
本次接種疫苗名稱： <input checked="" type="checkbox"/> 保蓓 TM 人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升 <input type="checkbox"/> 嘉喜 [®] [四價人類乳突病毒(第 6、11、16、18 型)基因重組疫苗]注射劑 0.5 毫升 <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	
接種劑次： <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑	疫苗批號：_____
接種日期：_____年_____月_____日	接種人員簽章：_____
接種單位名稱：_____	

本項服務經費來自衛生福利部國民健康署菸品健康福利捐

第一聯：由醫療院所依法保存、第二聯：由衛生局(所)保存