

臺南市政府衛生局
公費人類乳突病毒(HPV)疫苗接種 同意書暨評估單

親愛的同學及家長，你們好：

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！

受接種者姓名：_____ 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

由醫療院所依法保存

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)未曾接種過完整劑次的 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 HPV 疫苗及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 ☐不想接種 ☐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)

目前是否有發燒(耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)： ☐ 是 ☐ 否		接種前體溫：_____ $^{\circ}\text{C}$
評估後是否接種： ☐ 是 ☐ 否	接種地點： ☐ 校園 ☐ 醫療院所	評估醫師簽章：
本次接種疫苗	嘉喜®九價人類乳突病毒疫苗注射劑 0.5 毫升	
接種劑次： ☐ 第1劑 ☐ 第2劑 ☐ 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：		

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

本資料視同病歷保存，基本資料欄位請必須填寫完整，請盡量不要塗改。

請考慮是否在校施打，意願欄位請勿塗改，請注意 15 歲以下子宮頸疫苗需完整接種 2 劑才有保護力！

簽名欄不可代簽！

請勿使用鉛筆，並簽正楷中文全名

本欄位評估內容請家長與孩子共同勾選結果，請勿塗改。

本欄位於接種當日由醫護人員填寫，請勿自行填寫！