

範本

J205
26號

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，您們好：

為預防子宮頸癌、陰道癌、外陰癌、頭頸癌、肛門癌及生殖器疣(菜花)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：吳小美 本國籍身分證字號：R234567899 生日：100年1月1日

就讀學校：東區德光國中 年級：2 班級：5 座號：26

緊急聯絡人姓名：吳大帥 稱謂：父母其他：_____ 緊急連絡人電話：0909123456

● 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)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：吳小美 日期：115年1月9日

請填：寫同意書的日期
不是：寫個人生日(X)

家屬/關係人簽名：吳大帥，與被接種者之關係父女 日期：115年1月9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 checked="" type="checkbox"/> 否	接種前體溫： <u>36.5</u> °C
評估後是否接種： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	接種地點： <input type="checkbox"/> 校園 <input type="checkbox"/> 醫療院所
本次接種疫苗： <u>嘉喜[®]九價人類乳突病毒疫苗注射劑 0.5 毫升</u>	評估醫師簽章： <u>吳大帥</u>
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： <u>115</u> 年 <u>1</u> 月 <u>9</u> 日	接種人員簽章：
接種單位名稱：	

由醫療院所依法保存
不可塗改、不可銷燬
請寫全名