

臺北市衛生局 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 HPV 感染衍生癌症，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(HPV)疫苗衛教手冊」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：王小美 本國籍身分證字號：F223456789 生日：100年05月20日

就讀學校：00區00國中 年級：8 班級：1 座號：1

緊急聯絡人姓名：王爸爸 稱謂：父母其他： 緊急連絡人電話：0912345678

是否有轉學過？否；是，曾經就讀過新北市縣/市00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 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，並確認被接種者無接種禁忌。

學生(被接種者)簽名：王小美 日期：114年6月5日

家屬/關係人簽名：王爸爸，與被接種者之關係父女 日期：114年6月6日。

(此欄簽名者須滿 20 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 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)：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：

本疫苗
次苗
接名
重稱
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：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：