**桃園市政府衛生局人類乳突病毒**(**HPV)疫苗接種同意書暨評估單(範例)**

**學生資料必填**

本聯由醫療院所依法保存

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，特此通知並徵求您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通知書」或「人類乳突病毒疫苗接種說明書」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： 縣（市） 年級： 班級： 座號：**

**緊急聯絡人： □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)**

請勾選(勿塗改，塗改需重寫同意書),如不同意請勾選原因

□**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，

**學生簽名**

**家長簽名**

**必填**

原因：□已接種過 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： 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 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】

**請勾選**

◎ **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。 |  |  |
| 5.以前預防接種是否有嚴重特殊反應，如發燒（38oC 以上）、抽搐、昏迷、休克等。 |  |  |

**敬啟者您好，每位學生會拿到的文宣品及單張如下：**

**1.HPV疫苗衛教手冊、施打HPV疫苗 守護健康保護自己 單張**

# 2.九價人類乳突病毒（HPV）疫苗接種通知書

**3.請於 9/5(四)前 交回HPV疫苗接種同意書暨評估單(須繳回)至健康中心，勿撕開!**

**＊說明:**

**1.HPV疫苗需接種兩劑，第一劑預計在9/13(五)接種，當日請務必到校，勿請假;**

**請假的同學往後兩針必須由家長帶至衛生所補接種。**

**2.請詳讀HPV接種通知書後，再填寫同意書暨評估單的基本資料、接種意願和學生及**

**家長簽名，請用原子筆填寫並簽全名，不同意施打者請註明原因，都需繳回同意書。**

**3.如若對於人類乳突病毒疫苗接種有任何疑問，請撥打諮詢專線:0800-88-3513。**

**學生資料必填**

**桃園市政府衛生局人類乳突病毒**(**HPV)疫苗接種同意書暨評估單(範例)**

本聯由醫療院所依法保存

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通知書」或「人類乳突病毒疫苗接種說明書」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： 縣（市） 年級： 班級： 座號：**

**緊急聯絡人： □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)**

請勾選(勿塗改，塗改需重寫同意書),如不同意請勾選原因

□**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，

**學生簽名**

**家長簽名**

**必填**

原因：□已接種過 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： 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 20 歲)

\*請勿使用鉛筆簽名，並請簽正楷中文全名

**請勾選**

【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。 |  |  |
| 5.以前預防接種是否有嚴重特殊反應，如發燒（38oC 以上）、抽搐、昏迷、休克等。 |  |  |

**以上需要填寫說明**

**1.八年級HPV第二劑在 114.()施打。**

**2.不須健保卡  
3.可以進食**

**4.同意施打名單: 班級**

**座號:  
共 人。請於3/8(五)收回同意書**