

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、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！

被接種者姓名：陳小軍 本國籍身分證字號：D123456789 生日：101年01月02日
就讀學校：東區德光國中 年級：2 班級：1 座號：55
緊急聯絡人姓名：楊美美 稱謂：☐父☒母☐其他： 緊急連絡人電話：0911-222333
● 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：陳小軍 日期：114年06月06日

家屬/關係人簽名：楊美美，與被接種者之關係母子 日期：114年06月07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(請至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： <u> </u> $^{\circ}\text{C}$
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	
接種日期：	年 月 日	
接種單位名稱：	疫苗批號： <u> </u> 接種人員簽章： <u> </u>	

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

由醫療院所依法保存
填寫原則：
1. 勿塗改、
2. 勿鉛筆、
3. 寫全名

此欄請勿填寫，
勿撕下！

臺南市政府衛生局
人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）接種及資料使用說明

親愛的同學及家長，您好：

為配合國民健康署人類乳突病毒疫苗接種計畫，衛生局將於近期內安排進行人類乳突病毒疫苗預防接種服務，特此通知並徵求您的同意，並請您詳讀「人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）衛教手冊」及「人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）接種說明」後，填寫「人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）接種同意書暨評估單」，感謝您的支持與配合！

如同意接受政府所提供的 HPV 疫苗接種，基於後續追蹤、統計分析、學術研究或政策評估所需，必須請您們提供個人資料。

另基於上述以及為增進公共利益所必要，政府會長期追蹤疫苗接種效益，並依「個人資料法」及「癌症防治法」相關規範。您的接種資料將與國家相關健康資料[包括：全民健康保險資料、癌症篩檢資料、癌症登記資料、死因資料、及其他健康相關之資料(如社會、經濟與地理資訊等)] 或政府之公務統計資料進行比對和統計分析。為辦理 HPV 疫苗接種及電話連繫相關事宜，政府必須蒐集、處理、利用國民健康署補助接種者的個人資料，並將資料登錄於 HPV 疫苗接種資料庫，本作業會委由相關機構及廠商協助執行，但接受政府委託之相關機構及廠商將會依照個人資料保護法規定，充分保護您的個人資料，政府負監督之權責。

為分析研究及政策評估之目的，HPV 疫苗接種所蒐集個人資料將永久保存，並於法律所允許的範圍內運用，但您們可依個人資料保護法行使下列權利：一、查詢或請求閱覽；二、請求製給複製本；三、請求補充或更正；四、請求停止蒐集、處理或利用；五、請求刪除。若欲行使上述權利或有相關疑問，歡迎諮詢 24 小時專線電話 0800-88-3513。

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