

# 臺中市政府衛生局

## 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，您們好：

為預防子宮頸癌，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

# 臺中市政府衛生局

## 人類乳突病毒疫苗 (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，特此通知並徵求您的同意本疫苗預防接種服務，並請您詳讀「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！

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_年\_\_月\_\_日  
縣(市)：\_\_\_\_\_ 就讀學校：\_\_\_\_\_ 年級：\_\_ 班級：\_\_ 座號：\_\_  
緊急聯絡人：\_\_\_\_\_ 父母其他：\_\_\_\_\_ 電話/手機：\_\_\_\_\_

### 【接種同意書】

◎ 我已經閱讀並瞭解人類乳突病毒疫苗的相關資訊，並確認我(我的子女)無接種禁忌。

<p>● 以下請學生填寫：</p> <p><input type="checkbox"/>我已充分閱讀 HPV 疫苗衛教手冊與 HPV 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。</p> <p><input type="checkbox"/>我曾接種完整 HPV 疫苗，不參加本次疫苗接種。</p> <p><input type="checkbox"/>我不同意接種 HPV 疫苗，因為_____ (可不寫)</p> <p>學生簽名：_____ 日期：__年__月__日 備註：1.請勿使用鉛筆簽名。2.請簽正楷中文全名</p>	<p>● 以下請家長填寫：(關係：_____)</p> <p><input type="checkbox"/>我已充分閱讀 HPV 疫苗衛教手冊與 HPV 疫苗接種說明，並同意讓女兒/照顧對象接種 HPV 疫苗及接種資料作為政策評估使用。</p> <p><input type="checkbox"/>我的女兒/照顧對象曾接種完整 HPV 疫苗，不參加本次疫苗接種。</p> <p><input type="checkbox"/>我不同意讓女兒/照顧對象接種 HPV 疫苗，因為_____ (可不寫)</p> <p>家長簽名：_____ 日期：__年__月__日 備註：1.請勿使用鉛筆簽名。2.請簽正楷中文全名</p>
--	--

### 【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.以前是否曾對同一類疫苗或對疫苗的任何成分(包括酵母菌)有過敏反應。		
2.目前是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟、關節炎、紅斑性狼瘡等病症。		
3.本人目前是否有懷孕。		
4.有無任何過敏反應或病徵，如紅疹、嘔吐、呼吸困難。		
5.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。		
6.以前預防接種是否有嚴重特殊反應，如發燒(38°C以上)、抽搐、昏迷、休克等。		

### 【接種當日由醫護人員填寫】

- ◎ 提醒：依照仿單第一劑接種時 9~14 歲 採用二劑接種時程  
第一劑接種時 15 歲以上 採用三劑接種時程(請於衛生局指定院所接種)

目前發熱(38°C以上)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	接種前耳溫：_____ °C
評估後是否接種： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	評估醫師簽章：_____
本次接種疫苗名稱： 保蓓™人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升	
接種劑次： <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑	疫苗批號：_____
接種日期：__年__月__日	接種人員簽章：_____
接種單位名稱：_____	

