

人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）

校園接種表單

附件 8-5：接種說明

附件 8-6：接種及資料使用說明+同意書暨評估單

附件 8-7：接種紀錄卡

附件 8-8-1：衛教宣導前測問卷

附件 8-8-2：衛教宣導後測問卷

附件 8-9：訪問名冊

附件 8-11：家長的一封信

附件 8-12：關懷包內容物

附件 8-13：家長同意接種名冊及總表

附件 8-15：補接種通知單

臺中市政府衛生局
人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 接種說明

一、為何要打 HPV 疫苗呢？

子宮頸癌是女性常見的癌症，主要是因為感染高致癌性人類乳突病毒 (HPV) 造成的。約有 6 至 7 成的子宮頸癌是因為感染第 16、18 型病毒而引起的，HPV 疫苗可以預防感染第 16、18 型病毒。女性一生中有高達 5 至 7 成的機會感染，大部分的人感染後會經由身體的免疫系統自行清除，但如果無法清除而持續感染，未來罹患子宮頸癌的機會就大增。

二、HPV 疫苗成分

HPV 疫苗是一種非活化疫苗，政府依世界衛生組織建議，採購含有對 HPV16 及 18 等兩種引起子宮頸癌主要型別能提供抗體生成及保護效力的疫苗。107-108 年度提供之疫苗由荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司生產製造，疫苗效力與安全性皆符合我國衛生福利部食品藥物管理署查驗登記規定，且經其核准使用/進口，其每劑疫苗含有：人類乳突病毒第 16 型的 L1 蛋白、人類乳突病毒第 18 型的 L1 蛋白與加強免疫反應的佐劑 (氫氧化鋁及 3-O-desacyl-4'-monophosphoryl lipid A)。

三、接種劑量、間隔與收費方式

每次接種劑量是 0.5 mL。依仿單建議時程接種。首次注射時為 9-14 歲 (含) 以下青少年，應接種 2 劑，2 劑間隔 5-13 個月；15 歲 (含) 以上則須接種 3 劑，在第 0、1、及 6 個月接種。HPV 疫苗可以和其他疫苗同時接種在身體不同部位或間隔任何時間接種。屬於 HPV 疫苗接種計畫對象之民眾，政府提供之 HPV 疫苗為免費的，到合約醫療院所施打公費 HPV 疫苗，仍需依各縣市規定，自付掛號費。倘無法於安排接種日接種或接種 3 劑者，則需持學校發給之通知單至指定院所接種並自付相關醫療費用。

四、HPV 疫苗終身有效嗎？以後還要不要補接種？

目前研究證實 HPV 疫苗至少有 10 年以上的保護力。隨著 HPV 疫苗被使用的時間增加，未來是否需要再補接種疫苗，仍需後續更長期追蹤研究才能知道。

五、接種禁忌

不可用於接種本疫苗後曾發生嚴重過敏反應或已知對疫苗任何成分嚴重過敏者。

六、HPV 疫苗接種要注意些什麼？

1. 懷孕或準備懷孕的人不建議接種。
2. 接種疫苗後，建議於接種單位休息 30 分鐘，身體沒有任何不舒服感再離開。
3. 依照仿單內容建議期程完成 2 或 3 劑接種，否則可能會影響疫苗效果。
4. 疫苗接種前後，如身體有任何特殊狀況須告訴醫師。
5. 仍有 3 至 4 成的子宮頸癌是因為感染其他型別的人類乳突病毒所引起，因此接種疫苗後，未來仍需定期接受子宮頸抹片檢查，以及注意安全性行為。
6. 患有血小板減少症或任何凝血功能障礙的人須特別留意，因為疫苗肌肉注射後可能會發生較嚴重血腫症狀。

7. 對酵母菌或佐劑有嚴重過敏反應，或先前曾於接種疫苗後產生過敏反應者，必須告知醫師進行評估。
8. 接種後有異常反應，請通知 24 小時專線電話 0800-88-3513 或當地縣市衛生局。

接種後有什麼常見的副作用？

接種 HPV 疫苗比較常見的副作用是接種部位的反應（腫脹、疼痛、紅斑、搔癢及瘀傷）、發燒、噁心、暈眩以及頭痛。**提醒您接種後如果出現不適症狀時，請儘速就醫詢問醫師專業意見。**

世界衛生組織（WHO）在 2015 年 12 月發布一份聲明指出，接種疫苗後，複雜性局部疼痛症候群（complex regional pain syndrome）和姿勢性直立心搏過速症候群（postural orthostatic tachycardiasyndrome）在局部地區被發現有上升的趨勢，昏倒也是疫苗接種常見的不良事件，特別在青春期少年間較為普遍；另外，在日本，對於一些疫苗接種者出現慢性疼痛或其他症狀的事件，但以上均沒有明確證據證明這些症狀與 HPV 疫苗有關。

何謂暈針反應？

暈針通常是因為對打針的心理壓力與恐懼感，轉化成身體的症狀，出現頭暈、噁心、臉色蒼白等症狀，大多發生於青少年接種疫苗時。大規模疫苗接種時，特別容易發生聚集性暈針現象，被稱為集體心因性疾病。暈針反應與疫苗本身安全性無關，也不會造成影響身體健康的後遺症。

建議接種者於接種前宜放鬆心情，接種單位可用音樂、影片、聊天等方式化解焦慮，並於接種時採取坐姿。另外，建議於接種後應休息約 30 分鐘，以避免發生昏倒而摔傷。

倘若發生暈針狀況，建議先至休息區休息，並緩解情緒緊張，同時通知醫護人員（在學校應通知學校老師及醫護人員）。如暈針現象持續，宜送醫診治。

提醒您，接種 HPV 疫苗前應詳細閱讀相關說明，少數人接種後有可能產生不良反應，為了保障注射安全，請先給醫師評估後再接種。如身體有任何特殊狀況（懷孕、個人過敏史、發燒、血液疾病、免疫系統疾患或其他症狀等）或疾病，均須事先告知接種醫師，醫師評估適合接種後再進行施打。

本署辦理 HPV 疫苗接種，是採取自願參加方式。只有接種對象與家長在「HPV 疫苗接種同意書」上勾選同意且簽名，才予以安排接種疫苗。

24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

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

附件 8-6

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、利用本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、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)

目前有無發燒(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：_____	

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) 接種紀錄卡

姓名			身分證 字號	生日	年 月 日
縣 / 市	臺中市	就讀 學校		就讀 班級	年 班 號
接種時程 (請校護或醫護人員勾選)	<input type="checkbox"/> 二劑 (0, 6 個月) , 第一劑接種時 9~14 歲採用 <input type="checkbox"/> 三劑 (0, 1, 6 個月) , 第一劑接種時 15 歲以上採用				
接種 紀錄	預定 日期	接種 日期	接種單位	疫苗名稱	備註 (暫勿接種原因)
第一劑				保蓓	
第二劑				保蓓	
第三劑					

備註：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

完成接種後，此卡請交予學生自行留存！

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

接種人類乳突病毒疫苗之後要注意些什麼？

- ◎ 接種後，請多喝水、多休息。
- ◎ 接種疫苗後，請**休息 30 分鐘**後再離開。
- ◎ 依仿單規定，視接種者年齡、請按預定接種時間打完仿單建議劑數，否則會影響疫苗效果。
- ◎ 和其它的肌肉注射用疫苗一樣，患有血小板減少症或任何凝血障礙的患者接種疫苗應小心可能會發生出血的現象。
- ◎ 如果有任何特殊反應時，請立即就醫，並通知衛生所，衛生所會向衛生福利部藥物不良反應通報中心通報。
- ◎ 仍有三到四成的子宮頸癌無法藉由疫苗預防，所以接種 HPV 疫苗以後，如果未來有性行為，**仍需要注意安全性行為及定期接受子宮頸抹片檢查。**
- ◎ HPV 疫苗接種紀錄卡請妥善保存，每次**接種時請務必攜帶此紀錄卡**；如果不慎遺失，請攜帶身分證明文件向衛生所申請補發。

人類乳突病毒疫苗接種後可能發生的反應：

- ◎ 本次接種使用的人類乳突病毒(HPV)疫苗，安全性已經過衛生福利部食品藥物管理署核可，其不良反應較為注射部位疼痛或紅腫、暈眩、頭痛、疲倦、發燒等；不良反應多為輕到中度，一般而言會自行緩解。
- ◎ 接種後如有持續發燒、嚴重過敏反應如氣喘、呼吸困難、抽搐等不適症狀，應儘速就醫，請醫師做進一步的判斷與處置。
- ◎ 相關疑問請洽詢 24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

附件 8-8-1 人類乳突病毒(HPV)疫苗衛教宣導 前測問卷

一、基本資料

- 1.填表日期：民國_____年_____月_____日
- 2.年齡：①國一 ②國二 ③國三 ④高中職
- 3.性別：①男性 ②女性
- 4.就讀學校所在縣市：_____縣/市

二、您對於人類乳突狀病毒(HPV)疫苗知多少？

1. 預防子宮頸癌有哪些方式？ ①接種 HPV 疫苗 ②安全性行為(全程使用保險套)
③定期接受子宮頸抹片檢查 ④以上皆是
2. HPV 疫苗大約可預防幾成所有型別的 HPV 感染？ ①10% ②70% ③100%
3. HPV 疫苗是強制性接種嗎？ ①是 ②不是 ③不知道
4. 接種完 HPV 疫苗後應該要做甚麼事情？ ①直接離開 ②原地休息觀察 30 分鐘
③原地休息觀察 3 小時
5. 接種 HPV 疫苗可能會有注射部位疼痛、腫脹、或暈針等副作用，但若發生嚴重的身體不適症狀，應該怎麼辦？ ①趕快去看醫生 ②打給衛生局或打給疫苗 0800 專線 ③以上皆可

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

附件 8-8-2

人類乳突病毒(HPV)疫苗衛教宣導 後測問卷

一、基本資料

1. 填表日期：民國_____年_____月_____日
2. 年齡：①國一 ②國二 ③國三 ④高中職
3. 性別：①男性 ②女性
4. 就讀學校所在縣市：_____縣/市

二、秒懂 HPV 疫苗

1. 防治子宮頸癌有哪些方式？①接種 HPV 疫苗 ②安全性行為(全程使用保險套)
③定期接受子宮頸抹片檢查 ④以上皆是
2. HPV 疫苗大約可預防幾成所有型別的 HPV 感染？①10% ②70% ③100%
3. HPV 疫苗是強制性接種嗎？①是 ②不是 ③不知道
4. 接種完 HPV 疫苗後應該要做甚麼事情？①直接離開 ②原地休息觀察 30 分鐘
③原地休息觀察 3 小時
5. 接種 HPV 疫苗可能會有注射部位疼痛、腫脹、或暈針等副作用，但若發生嚴重的身體不適症狀，應該怎麼辦？①趕快去看醫生 ②打給衛生局或打給疫苗 0800 專線 ③以上皆可

三、滿意度問卷調查

問 題	非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
請問對於衛教內容您是否滿意？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

附件 8-9

HPV 疫苗接種服務補助計畫-訪問名冊

問卷名稱：人類乳突病毒(HPV)疫苗衛教宣導問卷

件數：_____件

序號	訪問日期	訪問地點	受訪者	訪員姓名 (親筆簽名，無則免填)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

(表格如不敷使用，請自行增列)

【本經費來自國民健康署菸捐】

給家長的一封信



衛生福利部 國民健康署

Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare

親愛的家長：

恭喜您！您的寶貝女兒已上了國中，這是一個奠定人生基礎的全新階段，您一定對她的未來，充滿了期待。

為了幫她打下一個健康的好基礎，從今年開始，政府將提供一項新服務，就是人類乳突病毒(HPV)疫苗的施打。這個疫苗可以有效地預防婦女癌症中仍居前 10 大的子宮頸癌。HPV 疫苗也是繼 B 肝疫苗成功降低民眾 B 肝感染率和肝癌發生率後，第二支可以預防癌症的疫苗，所以受到全世界的關注。

根據世界衛生組織的證據，HPV 疫苗除了可以有效地預防子宮頸癌外，也是一支非常安全的疫苗，目前全球施打數量已將近三億劑，對於安全性已經累積了相當多的實證；HPV 疫苗如同流感疫苗及其他任何疫苗一樣，有可能造成副作用，包括注射部位疼痛、紅腫(少數的人則會有發燒、頭痛、肌肉酸痛、噁心、皮膚搔癢、蕁麻疹等)，一般多會在發生後 1-2 天內自然恢復。

目前全球有超過 90 個國家將 HPV 疫苗納入國家接種政策，而且我們已開始看到施打此疫苗的實際效果。政府在經過多次專家會議並審慎的評估後，決定在國中時期為您的女兒提供 HPV 疫苗的免費施打服務，是由於此時是人體免疫能力的黃金時期，而且孩子也開始能理解預防注射的意義。未來，搭配定期的子宮頸抹片，您的女兒將可以遠離子宮頸癌的威脅。

子宮頸癌是可以預防的，愛女兒的您，現在就採取行動，幫她安排施打 HPV 疫苗，贏在健康的起跑點。

國民健康署署長



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

關懷包內容物

項次	物品內容	數量
01	致全國家長的一封信	1 張
02	人類乳突病毒疫苗衛教手冊	1 本
03	接種說明	1 張

108 年度臺中市人類乳突病毒疫苗接種
家長同意接種名冊 統計總表【第 劑】
臺中市_____區_____學校

編號	班級	同意接種人數
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
家長同意接種總人數		

校方負責人簽名

填寫日期

正本請由校護留存、影本交由衛生所留存

臺中市政府衛生局

診所

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單

親愛的家長，您好：

衛生福利部國民健康署於民國 107-108 年辦理 HPV 疫苗公費接種，您的女兒符合本次接種對象資格。但由於您的女兒因故未於校園接種日施打疫苗，故請於原定接種日期後兩週內【民國 108 年 月 日前】，前往本市「HPV 疫苗接種合約醫療院所」完成 HPV 疫苗第 劑之補接種作業。

以下請由校護完成填寫：

學校名稱： _____ 年級： _____ 班級： _____ 座號： _____
 學生姓名： _____ 生日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 連絡電話： _____

補接種當日注意事項：

1. 請家長陪同學生並攜帶此張補接種通知單、接種同意書及評估單、接種紀錄卡、學生健保卡至合約院所接種 HPV 疫苗(保蓓)。
2. 請先與合約院所電話預約，確認接種時間及疫苗是否足夠後再行前往。
3. 若未於上述規定期間至合約院所完成接種，請電洽臺中市政府衛生局。
4. 提醒您第 1 劑接種未於 108 年 5 月 15 日前完成；第 2 劑接種未於 108 年 11 月 15 日前完成，恕視同放棄。

國中健康中心 (請加蓋職章或學校單位章) 電話： _____

HPV 疫苗接種衛教相關事項請諮詢：

24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

.....補接種後請自行撕下由貴子弟繳回學校健康中心存查.....

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種回條

_____ 國中 _____ 年 _____ 班 座號 _____ 姓名 _____

※接種時，以下表格請由醫療院所之醫師或護理人員填寫。

接種日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	接種劑次： <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑
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	
接種單位名稱：	
評估醫師簽章：	接種人員簽章：

家長簽名 (全名)： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

.....收到補種通知單後請自行撕下由貴子弟繳回學校健康中心存查.....

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單收執聯

_____ 國中 _____ 年 _____ 班 座號 _____ 姓名 _____ 之家長或監護人

已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日接獲「人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單」。

預計前往之合約院所名稱： _____ 家長簽名 (全名)： _____

第一聯 診所留存聯，補接種時，請務必攜帶此單張前往合約院所。學生補接種後撕下回條繳回學校，剩餘補接種通知單交予診所留存。

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單

親愛的家長，您好：

衛生福利部國民健康署於民國 107-108 年辦理 HPV 疫苗公費接種，您的女兒符合本次接種對象資格。但由於您的女兒因故未於校園接種日施打疫苗，故請於原定接種日期後兩週內【民國 108 年 月 日前】，前往本市「HPV 疫苗接種合約醫療院所」完成 HPV 疫苗第 劑之補接種作業。

以下請由校護完成填寫：

學校名稱： _____ 年級： _____ 班級： _____ 座號： _____
 學生姓名： _____ 生日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 連絡電話： _____

補接種當日注意事項：

1. 請家長陪同學生並攜帶此張補接種通知單、接種同意書及評估單、接種紀錄卡、學生健保卡至合約院所接種 HPV 疫苗(保蓓)。
2. 請先與合約院所電話預約，確認接種時間及疫苗是否足夠後再行前往。
3. 若未於上述規定期間至合約院所完成接種，請電洽臺中市政府衛生局。
4. 提醒您第 1 劑接種未於 108 年 5 月 15 日前完成；第 2 劑接種未於 108 年 11 月 15 日前完成，恕視同放棄。

_____ 國中健康中心 (請加蓋職章或學校單位章) 電話： _____

HPV 疫苗接種衛教相關事項請諮詢：

24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

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

人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）補接種通知單

親愛的家長，您好：

衛生福利部國民健康署於民國 107-108 年辦理 HPV 疫苗公費接種，您的女兒符合本次接種對象資格。但由於您的女兒因故未於校園接種日施打疫苗，故請於原定接種日期後兩週內【民國 108 年 月 日前】，前往本市「HPV 疫苗接種合約醫療院所」完成 HPV 疫苗第 劑之補接種作業。

以下請由校護完成填寫：

學校名稱： _____ 年級： _____ 班級： _____ 座號： _____
 學生姓名： _____ 生日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 連絡電話： _____

補接種當日注意事項：

1. 請家長陪同學生並攜帶此張補接種通知單、接種同意書及評估單、接種紀錄卡、學生健保卡至合約院所接種 HPV 疫苗(保蓓)。
2. 請先與合約院所電話預約，確認接種時間及疫苗是否足夠後再行前往。
3. 若未於上述規定期間至合約院所完成接種，請電洽臺中市政府衛生局。
4. 提醒您第 1 劑接種未於 108 年 5 月 15 日前完成；第 2 劑接種未於 108 年 11 月 15 日前完成，恕視同放棄。

_____ 國中健康中心（請加蓋職章或學校單位章） 電話： _____

HPV 疫苗接種衛教相關事項請諮詢：

24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

【學生補接種進行狀況】

- 學生已於指定日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日完成接種，
 狀況：無異常；出現不良事件： _____
- 學生未於指定日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日前進行接種，原因： _____
- 已於更改日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日完成接種，
 狀況：無異常；出現不良事件： _____

