

# 108年屏東縣HPV公費疫苗接種 合約醫療院所工作說明會

屏東縣政府衛生局  
保健科  
癌症防治組

第一場:108年1月19日  
第二場:108年1月31日

# HPV公費疫苗接種計畫

- 為防治子宮頸癌，國民健康署提供HPV公費疫苗接種服務，以預防HPV感染，降低婦女因感染導致子宮頸癌前病變及癌症，
- 108年由各縣市衛生局辦理公費疫苗接種工作。
- 配合國健署108年1月25日會議之疫苗政策修正，調節全國國中生疫苗接種順序。

# 國民健康署補助HPV疫苗公費接種資格

## HPV疫苗公費接種資格

- 具中華民國國籍。
- 107學年度國一和106學年度國一女學生。
- 特殊族群：離島、原住民族地區、低收入戶及中低收入戶之91年9月1日至93年8月31日出生之青少女。

## HPV疫苗公費接種順序

1. 108年2月起優先提供107學年度一年級女學生施打。
2. 第二批疫苗擬於108年9月提供各縣市，以提供106學年度一年級女學生接種族群為主。
3. 離島、原住民族地區、低收入戶及中低收入戶之91年9月1日至93年8月31日出生之青少女，可接種時間將由國健署另行通告。

# 本縣辦理HPV疫苗公費接種方式

因應本縣地形狹長、離島及交通不便地區，除屏東市醫療資源充足不辦理校園接種外，其餘鄉鎮由衛生所統籌辦理校園接種工作規劃。以下分述兩種接種方式及接種對象：

- (一) 校園集中接種：除屏東市外，接種日期由學校通知。107學年度國一女學生校園接種第一劑作業至108年3月底前完成、第二劑9月底前完成。
- (二) 本縣HPV合約醫療院所：
  1. 受理未於校園接種者者，持學校「校園版接種同意書與評估表」、「補接種通知單」、「接種紀錄卡」、「健保卡」，由家長帶學生至本縣HPV合約醫療院所補接種。
  2. 學生持前一劑接種紀錄資料，查驗身分證正確，得以受理第二(三)劑接種申請。

# 國民健康署提供107學年度國一女生 之公費疫苗種類

持有許可 證廠商	品名	製造廠
荷商葛蘭 素史克藥 廠股份有 限公司台 灣分公司	Cervarix TM Human Papillomavirus vaccine Type 16 and 18 ( Recombinant, AS04 adjuvanted ) 保蓓TM人 類乳突病毒第16/18型疫苗	GLAXOSM ITHKLINE BIOLOGICA LS S.A. ( BELGIUM

# 接種資格文件取得方式

- 107學年度國一和國二女學生，由學校統一發放。
- 離島、原住民族地區、低收入戶及中低收入戶之 91年9月1日至93年8月31日出生之青少女。由轄區衛生所寄發通知。

# 校園接種同意書

附件 9

屏東縣政府衛生局

## 108 年人類乳突病毒 (HPV) 公費疫苗接種同意書與評估表校園版第 1 劑

親愛的同學及家長您好：

衛生福利部國民健康署，提供目前國一、國二女學生公費接種【二價型(保蓓)人類乳突病毒疫苗】。特此通知，並請您詳讀「人類乳突病毒 (HPV) 公費疫苗說明及衛教手冊」後，填寫「接種同意書」與「接種前評估表」，以利後續評估作業。

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

縣(市)：屏東縣 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】

● 學生填寫(接種當日填)：

同意：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。

不同意，原因：

我已接種過 HPV 疫苗。

其他原因：\_\_\_\_\_

學生簽名：\_\_\_\_\_ (請用原子筆簽全名)

日期：108 年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

● 家長填寫：

同意：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。

不同意，原因：

我的女兒(照顧對象)已接種過 HPV 疫苗。

其他原因：\_\_\_\_\_

家長簽名(章)：\_\_\_\_\_ (請用原子筆簽全名)

關係：\_\_\_\_\_ 日期：108 年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 【接種前自我評估表】

※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，請家長確實評估勾選。

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(接種紀錄卡-粉色)

第一劑接種時 15 歲以上 採用三劑接種時程(接種紀錄卡-黃色)

目前有無發燒 (38°C 以上)：□是 □否	接種前耳溫：_____°C 或 額溫：_____°C
評估後是否接種：□是 □否，原因：	評估醫師簽章：
本次接種疫苗名稱： <input type="checkbox"/> 保蓓™人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升(國民健康署公費疫苗) <input type="checkbox"/> 其他：	
接種劑次：□第一劑 □第二劑 □第三劑	保蓓疫苗批號：AHPVA341AG(國民健康署疫苗)
接種日期：_____年_____月_____日	接種人員簽章：
接種單位名稱：	

屏東縣政府衛生局  
人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單

第一聯 持本單及同意前往合約院所補接種，醫療院所處理後，請同校補種同意書與評估單，依申報流程檢具辦理，至醫療院所留存

# 校園補接種通知單

親愛的家長，您好：

衛生福利部國民健康署辦理 HPV 疫苗公費接種，您的女兒符合本次接種對象資格。由於您的女兒因故未於校園接種日施打疫苗，請於

- 108 年 5 月 31 日前，前往本縣合約醫療院所完成 HPV 疫苗第 1 劑接種，
- 108 年 11 月 15 日前，前往本縣合約醫療院所完成 HPV 疫苗第 2 劑接種

逾期導致 108 年 10 月 30 日前無法完成全部接種劑數者，則視同放棄公費疫苗接種資格！

學生姓名：\_\_\_\_\_ 年級：\_\_\_\_\_ 班級：\_\_\_\_\_ 座號：\_\_\_\_\_

**補接種當日注意事項：**

1. 附件:屏東縣人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 接種合約醫療院所表。
2. 請家長陪同學生並攜帶本單、原接種同意書與評估單、接種紀錄卡及健保卡，至本縣合約院所接種疫苗；若家長無法陪同，請家長及受委託者完成「陪同接種委託書」並攜帶前往。
3. 提醒您，未於上開指定期間內完成接種，恕視同放棄公費接種資格。

HPV 疫苗公費接種相關諮詢：

國民健康署 24 小時專線電話 0800-88-3513 或  
屏東縣政府衛生局保健科 08-7370002#150~155 (平日上班期間)



屏東縣 \_\_\_\_\_ 國中 健康中心

**【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 0.6 月(接種紀錄卡-粉色)  
第一劑接種時 15 歲以上 採用三劑接種時程 0.1.6 月(接種紀錄卡-黃色)

目前無發燒 (38°C 以上) : <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	接種前耳溫: _____ °C 或 額溫: _____ °C
評估後是否接種: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 原因:	評估醫師簽單:
本次接種疫苗名稱: <input type="checkbox"/> 保蓓™ 人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升(國民健康署公費疫苗) <input type="checkbox"/> 其他:	
接種劑次: <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑	保蓓疫苗批號: AHPVA341AG(國民健康署疫苗)
接種日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	接種人員簽單:
接種單位名稱:	

本服務經費來自國民健康署菸品健康福利款



## 屏東縣政府衛生局

## 108 年人類乳突病毒 (HPV) 公費疫苗接種通知暨同意書與評估表

親愛的學生及家長您好：

您的女兒符合衛生福利部國民健康署提供之二價型人類乳突病毒疫苗公費接種對象，特此通知！並請您詳讀「人類乳突病毒(HPV)公費疫苗說明」後，填寫以下「接種同意書」與「接種前評估表」，持本通知單於 **108 年 5 月 31 日前**，前往本縣合約醫療院所接受 HPV 疫苗第 1 劑接種，並依醫療院所建議第二、三劑接種時程接種，逾期導致 **108 年 11 月 15 日前**無法完成全部接種劑數者，則視同放棄公費疫苗接種資格！

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

縣(市)：屏東縣 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。

● 以下請學生填寫：

同意：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。

不同意，原因：

我已接種過 HPV 疫苗。

其他原因：\_\_\_\_\_

學生簽名：\_\_\_\_\_ (請用原子筆簽全名)

日期：108 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

● 以下請家長填寫：

同意：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。

不同意，原因：

我的女兒(照顧對象)已接種過 HPV 疫苗。

其他原因：\_\_\_\_\_

家長簽名(章)：\_\_\_\_\_ (請用原子筆簽全名)

關係：\_\_\_\_\_ 日期：108 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 【接種前自我評估表】

※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，請家長確實評估勾選。

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，0.6 月(接種紀錄卡-粉色)  
第一劑接種時 15 歲以上 採用三劑接種時程，0.1.6 月(接種紀錄卡-黃色)

目前有無發燒(38°C以上)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	接種前耳溫：_____ °C 或 額溫：_____ °C
評估後是否接種： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因：	評估醫師簽章：
本次接種疫苗名稱： <input type="checkbox"/> 保蓓™人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升(國民健康署公費疫苗) <input type="checkbox"/> 其他：	
接種劑次： <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑	保蓓疫苗批號：AHPVA341AG(國民健康署疫苗)
接種日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日	接種人員簽章：
接種單位名稱：	

# 特定族群接種同意書

# 疫苗接種期程

- 107學年度國一 (15歲以下)：採用二劑 ( 0,6 月 )，第一劑接種完成次日起，第二劑至少要間隔150天。
- 106學國一學生(依據接受第一劑時的年齡)：採用二劑 ( 0,6月 ) 或三劑 ( 0,1,6月 ) 。
- 91年9月1日至93年8月31日出生之青少女(15歲以上)：採用三劑 ( 0,1,6月 )，第一劑與劑二劑需間隔30天以上，第三劑與第一劑間須間隔150天以上。

尺寸：A5 正反面印製  
 磅數：200 磅西卡紙  
 顏色：粉紅色

屏東縣政府衛生局  
 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)		就 讀 學 校			就 讀 班 級	年	班	號	
接種時程	<input checked="" 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	醫 師 簽 章	疫 苗 名 稱 (備註 1、2、3)	備 註 (暫不接種 原因)			
第一劑									
第二劑									

備註：1. 保蓓™ 人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升(國民健康署公費疫苗)

2. 嘉喜® [四價人類乳突病毒(第 6、11、16、18 型)基因重組疫苗] 注射劑 0.5 毫升

3. 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

15歲以下(兩劑)  
 接種紀錄卡  
 粉紅色

人類乳突病毒疫苗之後要注意些什麼？

- ◎ 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。
- ◎ 相關疑問請洽詢衛生福利部國民健康署 24 小時專線電話 0800-88-3513

尺寸：A5 正反面印製  
磅數：200 磅西卡紙  
顏色：黃色

附件 12-1

## 屏東縣政府衛生局

### 108 年人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 接種紀錄卡

姓 名			身分證 字 號			生 日	年	月	日
縣 (市)		就 讀 學 校			就 讀 班 級		年	班	號
接種時程	<input type="checkbox"/> 二劑 (0, 6 個月) , 第一劑接種時 9~14 歲採用 <input checked="" 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	醫 師 簽 章	疫 苗 名 稱 (備註 1、2、3)	備 註 (暫不接種 原因)			
第一劑									
第二劑									
第三劑									

備註：1. 保蓓™ 人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升(國民健康署公費疫苗)

2. 嘉喜® [四價人類乳突病毒(第 6、11、16、18 型)基因重組疫苗]注射劑 0.5 毫升

3. 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

# 15歲以上(三劑) 接種紀錄卡 黃色

### 人類乳突病毒疫苗之後要注意些什麼？

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，**仍舊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。
- ◎ 相關疑問請洽詢衛生福利部國民健康署 24 小時專線電話 0800-88-3513 或

屏東縣政府衛生局保健科 08-7370002#150~155

### 108 年人類乳突病毒疫苗 (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。

國民健康署辦理 HPV 公費疫苗接種，是採取自願參加方式。需要接種對象與家長在「HPV 疫苗接種同意書」同意且簽名，才予以安排接種疫苗。

#### 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 年度衛生福利部國民健康署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、接種禁忌

1. 懷孕或準備懷孕的人不建議接種。
2. 本疫苗接種後曾發生嚴重過敏反應，或已知對疫苗酵母菌或佐劑有嚴重過敏反應者，請勿接種。

#### 四、接種劑量、間隔與收費方式

每次接種劑量是 0.5 mL。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 個月；15 歲（含）以上則須接種 3 劑，在第 0、1 及 6 個月接種，第一劑與劑二劑需間隔 30 天以上，第三劑與第一劑間須間隔 150 天以上。

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，仍需依各醫療機構自付掛號費。請依建議期程完成接種劑數，避免影響疫苗效果。

#### 五、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。

# 背面

## 接種前後衛教單

### 六、HPV 疫苗接種要注意些什麼？

1. 如身體有任何特殊狀況（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。
2. 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。
3. 少數人接種後有可能產生不良反應，接種疫苗後應於接種單位休息 30 分鐘，身體沒有任何不舒服感再離開。
4. 3 至 4 成的子宮頸癌是由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並注意安全的性行為。

#### 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。

#### 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，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。

建議您第一劑與第二(三)劑接種，於相同醫療院所辦理，可減少您於院所接種資料查核之等候時間。

提醒您，屏東縣第一劑 HPV 公費疫苗合約院所受理(補)接種至 108 年 5 月 31 日止，逾期導致 108 年 11 月 15 日前無法完成全部劑數接種者，則視同放棄公費疫苗接種權利。

衛生福利部國民健康署 24 小時專線電話 0800-88-3513

屏東縣政府衛生局 08-7370002#150~155

# 合約醫療院所受理對象與內容

- 1) 醫療院所受理第一劑HPV公費疫苗接種、校園(補)接種作業，自108年3月1日起至**108年5月31日止**，學生逾期導致**108年11月15日前**無法完成全部劑數接種者，則視同放棄公費疫苗接種權利。
- 2) 學生持前一劑接種紀錄，查驗身分證正確，得以受理第二(三)劑接種申請。(附件13)
- 3) 超過上開公告期間，遇學生家長申請疫苗接種，則需至各轄區衛生所評估受理之可能性，**必要時簽立放棄第二劑(第三劑)同意書，有條件核准**(切結書如附件14)。

屏東縣政府衛生局

人類乳突病毒 (HPV) 公費疫苗接種同意書與評估表

親愛的學生及家長您好：

您的符合衛生福利部國民健康署提供之二價型人類乳突病毒疫苗公費接種對象，並申請第二(三)劑次接種，請您詳讀「人類乳突病毒 (HPV) 公費疫苗說明」後，填寫以下「接種同意書」與「接種前評估表」，逾期導致 108 年 11 月 15 日前無法完成全部接種劑數者，則視同放棄公費疫苗接種資格！

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

縣(市)：屏東縣 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。

● 以下請學生填寫：

同意：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。

不同意，原因：

我已接種過 HPV 疫苗。

其他原因：\_\_\_\_\_

學生簽名：\_\_\_\_\_ (請用原子筆簽全名)

日期：108 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

● 以下請家長填寫：

同意：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。

不同意，原因：

我的女兒(照顧對象)已接種過 HPV 疫苗。

其他原因：\_\_\_\_\_

家長簽名(章)：\_\_\_\_\_ (請用原子筆簽全名)

關係：\_\_\_\_\_ 日期：108 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【接種前自我評估表】

※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，請家長確實評估勾選。

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，0,6 月(接種紀錄卡-粉色)  
第一劑接種時 15 歲以上 採用三劑接種時程，0,1,6 月(接種紀錄卡-黃色)

目前發熱(38°C以上)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	接種前耳溫：_____°C 或 額溫：_____°C
評估後是否接種： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因：	評估醫師簽章：
本次接種疫苗名稱： <input type="checkbox"/> 保蓓™人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升(國民健康署公費疫苗) <input type="checkbox"/> 其他：	
接種劑次： <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑	保蓓疫苗批號：AHPVA341AG(國民健康署疫苗)
接種日期：_____年_____月_____日	接種人員簽章：
接種單位名稱：	

受理第二(三)劑接種  
申請三聯單

第一聯：衛生局 第二聯：衛生局 第三聯：衛生局 第四聯：衛生局 第五聯：衛生局 第六聯：衛生局 第七聯：衛生局 第八聯：衛生局 第九聯：衛生局 第十聯：衛生局



超過108年5月31日，遇107學年度國  
一學生家長申請疫苗接種，請轉至學  
生戶籍(或學籍)轄區衛生所評估受理  
之可能性，必要時簽立放棄第二劑(第  
三劑)切結書，有條件核准(如附件14)。

## 屏東縣人類乳突病毒(HPV)疫苗公費接種 108 年申請補發切結書

申請表單補發：本人\_\_\_\_\_，保管不慎，遺失屬實，如有虛偽不實情事，願負相關法律責任，請准予辦理補發：

1. 校園版 HPV 疫苗接種同意書暨評估單，第\_\_劑。
2. 校園補接種通知單，第\_\_劑。
3. HPV 疫苗接種紀錄卡，原接種醫療院所\_\_\_\_\_。
4. 國三、高一特定資格接種同意書暨評估單。

\*提醒您，補發上開文件後，勿持舊接種文件重複接種。一旦查獲，除疫苗接種相關費用申請人自費負擔外，並負法律責任。

人類乳突病毒(HPV)疫苗公費接種申請：本人\_\_\_\_\_，逾期未於 108 年 5 月 31 日前完成第一劑(補)接種，導致 108 年 11 月 15 日前無法完成全部接種劑數，未完成部分同意放棄公費疫苗接種權利。請准予同意第一劑 HPV 疫苗公費接種申請。

謹致

屏東縣政府衛生局

申請人：\_\_\_\_\_ (簽章) 就讀學校及班級：\_\_\_\_\_  
 身分證號：\_\_\_\_\_ 生日：\_\_年\_\_月\_\_日  
 地 址：\_\_\_\_\_  
 學生家長：\_\_\_\_\_ (簽章) 關係\_\_\_\_\_  
 申請日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

受理單位：\_\_\_\_\_ (戳章)

受 理 人：\_\_\_\_\_

衛生所受理  
各項表單補發之  
切結書三聯單

第一聯 受理單位留存

第二聯 持本單及補發表單前往合約院所，醫療院所受理後收存，依申報流程檢具辦理。

第三聯 申請人持有

# 醫療院所合約資格與辦理條件

- 1) 執業醫師資格、完成「HPV疫苗接種教育訓練」課程2小時始具接種資格。
- 2) 具資格之醫療院所須有合於標準之疫苗冷藏及運送設備及疫苗管理能力證明。
- 3) 須具備可連線網際網路之設備及功能，並配合本項接種工作按時於國民健康署所指定之NIIS資訊系統中進行各項資料填報及採取行政配套措施。
- 4) 疫苗接種單位，至少應儲備Epinephrine(1：1000)，以因應立即必要之處置，並應擬具緊急轉送流程(依據ACIP 98年6月會議決議)。
- 5) 與衛生局完成合約書簽立，確認合約資格(附件2)，始得受理本計畫接種服務工作。
- 6) 接種資料、疫苗報表按時交予轄區衛生所。

# 屏東縣合約院所標示

HPV  
屏東縣HPV公費疫苗接種

VACCINE  
合約醫療院所

合約期間：中華民國108-109年



屏東縣政府衛生局



*Lisa La Pingtung*

# 108年屏東縣 HPV 人類乳突病毒 (HPV)公費疫苗



## 公費疫苗接種計畫

為防治子宮頸癌，國民健康署提供HPV公費疫苗接種服務，以預防人類乳突病毒(HPV感染)，降低婦女因感染導致子宮頸癌前病變及癌症，108年各縣市衛生局辦理公費疫苗接種工作。

### 一、國民健康署補助公費接種資格如下

- (一) 具中華民國國籍。
- (二) 107學年度國一和國二女學生。
- (三) 離島、原住民族地區、低收入戶及中低收入戶之91年9月1日至93年8月31日出生之青少年。

### 二、接種資格文件取得方式

- (一) 107學年度國一和國二女學生，由學校統一發放。
- (二) 離島、原住民族地區、低收入戶及中低收入戶之91年9月1日至93年8月31日出生之青少年。(依據107年12月符合此資格由轄區衛生所寄發通知、108年新增資格者取得身分證明後逕洽轄區衛生所)。

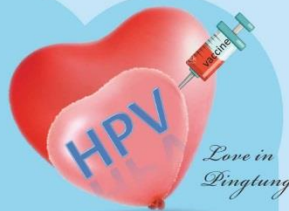
### 三、本縣接種方式

因應本縣地形狹長、離島及交通不便地區，除屏東市醫療資源充足不辦理校園接種外，其餘鄉鎮由衛生所統籌辦理校園接種工作規劃。以下分述兩種接種方式及接種對象：

- (一) 校園集中接種：107學年度國一和國二女學生(除屏東市以外)，接種日期由學校通知。
- (二) 本縣HPV合約醫療院所：
  1. 受理未於校園接種者，持學校「校園版接種同意書與評估表」、「補接種通知單」、「接種紀錄卡」、「健保卡」，由家長帶學生至本縣HPV合約醫療院所補接種。
  2. 受理離島、原住民族地區、低收入戶及中低收入戶之91年9月1日至93年8月31日出生之青少年，持通知單至本縣HPV合約醫療院所接種。

### 四、疫苗接種時程與受理期限

- (一) 國一與國二學生(15歲以下)：採用二劑(0,6月)，第一劑接種完成次日起，第二劑至少間隔150天。
- (二) 91年9月1日至93年8月31日出生之青少年(15歲以上)：採用三劑(0,1,6月)，第一劑與第二劑需間隔30天以上，第三劑與第一劑間須間隔150天以上。
- (三) 第一劑HPV公費疫苗，合約院所自108年3月1日起受理至108年5月31日止，逾期導致108年11月15日前無法完成全部劑數接種者，則視同放棄公費疫苗接種權利。



# 合約院所作業內容與規範

- 1) 接種作業須由具備本計畫規範之資格醫師進行診察。
- 2) 接種前應確認取得學生及家長同意，疫苗接種後觀察30分鐘。
- 3) 完成接種者，填寫接種紀錄卡並預約下一劑時間。
- 4) 持本計畫通知書至院所評估者，無論是否接受公費疫苗施注，皆應填寫接種紀錄，回送衛生所進行接種統計。
- 5) 民眾選用自費方案等，應雙方載明同意書，避免糾紛。
- 6) 每月10日前依資料填報及接種服務費核銷作業規範，統一送交轄區衛生所。各式表單正本連同核銷資料送衛生所，院所需若存留，請自行影印。
- 7) 遵守各項疫苗冷運冷藏管理規定並配合本局實地查核作業。
- 8) 配合本項接種工作，按時將資料依衛生單位訂定之可行方式，上傳至NIIS系統，或交付至當地衛生所完成資料傳送。
- 9) 對於個案接種後所產生之反應，應予妥適之處置及治療，並擬具緊急轉送流程。
- 10) 接種後有嚴重不良事件者應通報當地衛生局。
- 11) 掛號費及其他接種，得依據本案申請表所填列之費用辦理，門診看病順便注射疫苗者仍應依門診規定自付部分負擔。

# 資料填報及接種服務費核銷作業

- 1) 實施接種後，按月核銷接種服務費。
- 2) **每月10日前**檢具下列資料送交轄區衛生所核對後，由衛生所轉送衛生局辦理接種服務費請領：
  - 1) 填寫「公費疫苗接種名冊」（附件4-1），完成醫師用印。
  - 2) 依據接種名冊順序，檢附個案「接種同意書暨評估單」、「補接種通知單」。
  - 3) 經衛生所核對確認送交衛生局，由衛生局核付108年接種服務費(100元/人次)予申報醫療院所
  - 4) 填寫醫療機構收據資料及用印。
  - 5) 持本計畫通知書，民眾選用自費方案者，應另行造冊（附件4-2），檢附完成紀錄之「接種同意書暨評估單」、「補接種通知單」。
- 3) 公費接種名冊電子檔上傳至國民健康署指定之NIIS資訊系統。接種單位尚未取得系統權限前，應將接種名冊電子檔交付轄區衛生所保存並補上傳。
- 4) **衛生局(所)接種服務費申請案收件至108年11月25日止**，逾期恕不受理。

# HPV公費疫苗接種名冊\_醫療院所接種 \_及費用請領及NISS上傳格式

「107-108年人類乳突病毒HPV疫苗接種計畫」合約院所接種服務費名冊

接種單位： \_\_\_\_\_ 地址： 縣(市) (鄉鎮市區) 路(街) 段 巷 弄 號 電話：( ) \_\_\_\_\_

編號	身分證字號	姓名	性別	出生日期	同胎次序	地址	電話	父或母身分證號	接種單位代碼	接種日期	疫苗類別	接種劑次	疫苗批號	疫苗廠商	疫苗型別	曾接種減毒疫苗
範例	T223456789	王小可	F	0950101	1(非必填)	(非必填)	0912345678 0225220888 (非必填)	(非必填)	1234567890	1071220	2HPV	1	AHPVA341AG	(非必填)	1	Y(非必填)
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

每月10日前向轄區衛生所申請接種服務費用，檢送資料如下：1. 接種服務費送單，紙本印出後「製表人」及「評估醫師」簽章，並依序檢附個案「接種同意書暨評估單」、「補接種通知單」等受理之正本表單。  
2. 醫療機構帳據並用印。3. 本名冊電子檔。

填表日期： 年 月 日

製表人：

醫師簽章：

轄區衛生所核對簽章：



# 接種異常事件通報

- 接種疫苗時發生：疫苗種類 / 劑量錯誤、重複接種、提前接種、打錯對象或部位等接種異常事件。
- 醫療院所提供個案必要醫療協助。
- 填寫「HPV疫苗接種異常事件通報及調查表」並立即通報衛生所，由衛生所彙整後通報衛生局。

屏東縣人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗)  
接種異常事件通報及調查表

發生時間：年 月 日 時 分		填報人員：姓名 _____ 職稱 _____	
接種地點：_____		獲知時間：年 月 日 時 分	
接種單位：_____		衛生局/所審查通報人員：姓名 _____ 職稱 _____	
接種人員：姓名 _____ 職稱 _____		通報日期：年 月 日 時 分	
異常事件類別		問題內容	
<input type="checkbox"/> 疫苗種類錯誤 <input type="checkbox"/> 劑量錯誤 <input type="checkbox"/> 重複接種 <input type="checkbox"/> 提前接種 <input type="checkbox"/> 打錯人 <input type="checkbox"/> 打錯部位 <input type="checkbox"/> 其他 _____		接種疫苗名稱：_____, 劑量 _____ 此次接種疫苗名稱：_____, <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑 廠牌 _____ 批號：_____ 效期：_____ 同時接種其他疫苗： <input type="checkbox"/> 是, _____ <input type="checkbox"/> 否	
事件描述			
事件原因與經過：			
後續處理 (此欄位以下資料，請於調查後再填寫)			
追蹤介入時間 及處理情形	接種單位	衛生局/所	
其他	接種後是否有不良事件： <input type="checkbox"/> 無；_____人 <input type="checkbox"/> 有；_____人，症狀：_____		
	症狀發生時間：_____月 _____日 _____時，於接種後 _____小時 是否就醫： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，就診日期：_____, 就診地點：_____ 處置：_____ _____ _____		

正面

# 接種異常事件 通報表(附件15)

檢討改善	
是否有規劃詳細接種流程： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (檢附接種流程及說明三讀五對查核點)	
三讀五對說明：	
改善情形：	
異常接種個案基本資料	
1. 姓名：_____，出生日期：_____年 _____月 _____日，接種時年齡：_____歲 _____月 為第 _____ 劑次。	
2. 姓名：_____，出生日期：_____年 _____月 _____日，接種時年齡：_____歲 _____月 為第 _____ 劑次。	
3. 姓名：_____，出生日期：_____年 _____月 _____日，接種時年齡：_____歲 _____月 為第 _____ 劑次。	
4. 姓名：_____，出生日期：_____年 _____月 _____日，接種時年齡：_____歲 _____月 為第 _____ 劑次。	
(欄位不敷使用，請自行增列)	

填表人	衛生所 審查人	衛生所 主任
	衛生局 審查人員	衛生局 單位主管

背面

# 接種後嚴重疫苗不良事件通報及因應

嚴重疫苗不良事件定義：

- (1)死亡：只有在懷疑或無法排除通報個案的死亡與接種疫苗的關聯具合理可能性時。
- (2)危及生命：指在疫苗不良事件發生時，病人處於極大的死亡風險之狀況。
- (3)造成永久性殘疾：疫苗不良事件導致具臨床意義之持續性或永久性的身體功能、結構、日常活動或生活品質的改變、障礙、傷害或破壞。
- (4)胎嬰兒先天性畸形：懷疑因懷孕期間與接種疫苗有關之先天性畸形。
- (5)導致病人住院或延長病人住院時間：指當疫苗不良事件導致病人住院或延長住院時間。
- (6)其他嚴重不良反應（具重要臨床意義之事件）：指當疫苗不良事件並不造成前述之後果，但可能會對於病人的安全造成危害並且需要額外的治療來預防發展至前述結果之疾病狀況時。例如：過敏性的氣管痙攣需要急診室的處理解除症狀；癲癇發作但不需要住院處理；顏面神經麻痺但不需要住院處理等。

# 接種後嚴重疫苗不良事件通報及因應-1

## 1. 嚴重疫苗不良事件定義：

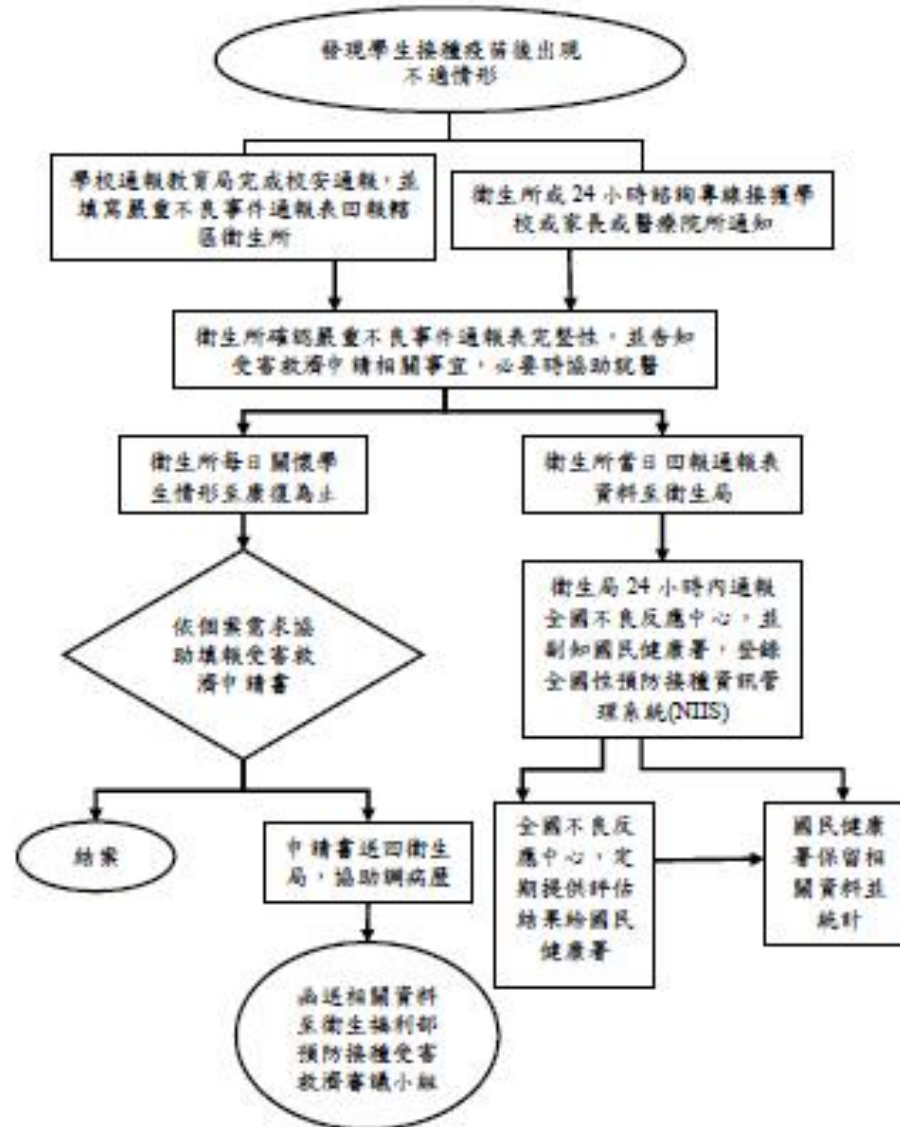
- (1)死亡：只有在懷疑或無法排除通報個案的死亡與接種疫苗的關聯具合理可能性時。
- (2)危及生命：指在疫苗不良事件發生時，病人處於極大的死亡風險之狀況。
- (3)造成永久性殘疾：疫苗不良事件導致具臨床意義之持續性或永久性的身體功能、結構、日常活動或生活品質的改變、障礙、傷害或破壞。
- (4)胎嬰兒先天性畸形：懷疑因懷孕期間與接種疫苗有關之先天性畸形。
- (5)導致病人住院或延長病人住院時間：指當疫苗不良事件導致病人住院或延長住院時間。
- (6)其他嚴重不良反應（具重要臨床意義之事件）：指當疫苗不良事件並不造成前述之後果，但可能會對於病人的安全造成危害並且需要額外的治療來預防發展至前述結果之疾病狀況時。例如：過敏性的氣管痙攣需要急診室的處理解除症狀；癲癇發作但不需要住院處理；顏面神經麻痺但不需要住院處理等。

## 接種後嚴重疫苗不良事件通報及因應-2

2. 若發現有接種後嚴重不良事件之個案發生時，醫療院所應詳填「人類乳突病毒（HPV疫苗）嚴重不良事件通報表」。
3. 醫療院所配合衛生所進行個案病情狀況等相關調查。
4. 衛生所確認嚴重不良事件通報表之資料收集完整性，並於當日回報通報表資料到衛生局。
5. 衛生所調查及追蹤個案預後狀況至康復為止（每日關懷學生情形）。如有暈針現象，衛生所至少追蹤2天，及主動關切並因應個案或家長之需求，提供相關諮詢。
6. 衛生局24小時內通報全國不良反應中心，並副知國民健康署。
7. 衛生局設立對外因應緊急事件的發言人，並配合國民健康署共同針對緊急事件的發言內容，有一致性重點及方向。
8. 如疑似因預防接種而受害之請求權人提出救濟申請時，依「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」及其處理流程辦理。

HPV 疫苗接種嚴重不良事件通報作業及處理流程

作業流程



屏東縣人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 嚴重不良事件通報表

個案編號：	1. 發生日期： 年 月 日 時	2. 通報者獲知日期： 年 月 日						
	3. 通報中心接獲通報日期： 年 月 日 (由通報中心填寫)							
	4. 填表者 姓名： 服務機構： 電話： 原始通報者屬性： <input type="checkbox"/> 醫療人員 (職稱： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾							
5. 接種單位名稱 (或院所十碼代碼)： 地址： 縣市 鄉鎮市區 接種人員姓名： 連絡電話：		6. 就診醫院名稱 (或院所十碼代碼)： 地址： 縣市 鄉鎮市區 主治醫師姓名： 連絡電話：						
<b>I. 接種個案基本資料</b>								
7. 姓名： 8. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 9. 出生日期： 年 月 日 或年齡： 歲								
10. 身分證字號或識別代號： 11. 聯絡電話： 12. 居住地： 縣市 鄉鎮市區								
<b>II. 不良事件有關資料</b>								
13. 不良事件結果 (單選，以最嚴重結果勾選) <input type="checkbox"/> A. 死亡，日期： 年 月 日，死亡原因： <input type="checkbox"/> B. 危及生命 <input type="checkbox"/> C. 造成永久性殘疾 <input type="checkbox"/> D. 胎兒先天畸形 <input type="checkbox"/> E. 導致病人住院或延長病人住院時間 <input type="checkbox"/> F. 其他嚴重不良反應 (具重要臨床意義之事件) <input type="checkbox"/> G. 非嚴重不良事件 (非上述選項者) <input type="checkbox"/> (1)注射部位(疼痛、腫脹、紅腫、瘙癢及瘀傷) <input type="checkbox"/> (2)發燒 <input type="checkbox"/> (3)頭痛 <input type="checkbox"/> (4)暈眩 <input type="checkbox"/> (5)噁心 <input type="checkbox"/> (6)嘔吐 <input type="checkbox"/> (7)腹痛、腹瀉 <input type="checkbox"/> (8)皮膚發癢、蕁麻疹 <input type="checkbox"/> (9)肌肉痛 <input type="checkbox"/> (10)關節痛 <input type="checkbox"/> (11)上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> (12)肌肉無力 <input type="checkbox"/> (13)其他		15. 相關檢查及檢驗數據 (將結果與數據依日期填寫)						
14. 通報不良事件描述 (應包括不良事件發生之日期、部位、症狀、嚴重程度及處置)：  不良事件症狀：  相關診斷結果：		16. 其他有關資料 (包含過去疾病史、過敏病史、類似之不良事件及其他相關資料)：  17. 後續處理情形： 目前是否已康復： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
<b>III. 接種疫苗資料</b>								
18. 可疑疫苗								
疫苗名稱	劑次	接種途徑	接種日期/時間	接種部位	劑量	廠牌	批號	效期
			年 月 日 時					
			年 月 日 時					
19. 併用疫苗 (通報接種前 1 個月接種之疫苗) 及藥品：								

正面

# 接種後嚴重疫苗不良事件通報通報表(附件17)

疫苗名稱 (含劑次) / 藥品名稱	接種途徑/ 給藥途徑	接種/給藥日期	接種部位	劑量頻率	廠牌	批號	效期

不良事件後果填寫說明：(單選，若多項符合請勾選最嚴重之後果)。

A. 死亡：只有在您懷疑或無法排除通報個案的死亡與接種疫苗的關聯具合理可能性時勾選此選項。下列情況請勿勾選此項：

- 當個案在接種疫苗後死亡，但您並不懷疑接種疫苗與死亡間的關聯時。
- 胎兒因先天異常而進行人工流產或發生自發性流產。

B. 危及生命：指在疫苗不良事件發生時，病人處於極大的死亡風險之狀況。並非指疫苗不良事件在理論上會嚴重加重後可能會造成死亡之事件。

C. 造成永久性殘疾：指疫苗不良事件導致一般人正常生活的能力受到極大的損傷。為疫苗不良事件導致其臨床意義之持續性或永久性的身體功能、結構、日常活動或生活品質的改變、障礙、傷害或破壞。

D. 胎兒先天畸形：懷疑因懷孕期間與接種疫苗有關之先天性畸形。

E. 導致病人住院或延長病人住院時間：指當疫苗不良事件導致病人住院或延長住院時間。急診處置或急診留觀並不屬於住院的一種，請參考「其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)」部分說明。

F. 其他嚴重不良反應(具重要臨床意義之事件)：指當疫苗不良事件並不造成前述之後果，但其本質可能會對於病人的安全造成危害並且需要額外的治療或預防發展至前述結果之疾病狀況時，請勾選此選項。例如：過敏性的氣管痙攣需要急診室的處理解除症狀；癲癇發作但不需要住院處理等。

G. 非嚴重不良反應：非前述後果之事件者。

本通報單填寫說明，可逕至全國藥物不良反應通報中心「上市後疫苗不良事件通報表下載填寫指引」  
<https://data.fda.gov.tw/Manager/Pages/PR010001.aspx?2013042313590482AAA5E38D1C7545E1>

衛生局追蹤調查情形紀錄			
通報事件		處理經過	
通報日期時間	事情經過簡述	處理日期時間	追蹤情形

填表人 \_\_\_\_\_

衛生局 衛生局  
 審查人員 單位主管

背面

# 本計畫合約院所表單與接種服務費核銷作業表單，公告於本局網站，可自行下載

- 屏東縣政府衛生局網址<https://www.ptshb.gov.tw>  
首頁> 衛生業務> 衛生保健業務> 癌症防治專區
- 108年屏東縣HPV公費疫苗接種合約醫療院所作業專區
- 衛生局業務諮詢窗口:本局保健科癌症防治組  
08-7370002#150~155  
專案人員曾顯雅、承辦人呂慧貞



A close-up photograph of a bamboo pipe tilted downwards, pouring a stream of clear water into another bamboo pipe positioned below it. The background is a soft, out-of-focus green, suggesting a natural outdoor setting. The bamboo has a natural, light brown color with visible grain patterns.

合作

健康