

受种者姓名：\_\_\_\_\_

## 接种双价人乳头瘤病毒疫苗知情同意书

人乳头瘤病毒(HPV)感染可引起多种疾病,其中宫颈癌是由高危型 HPV 在女性生殖道持续性感染引起的严重疾病,其发病率和死亡率在我国女性生殖系统恶性肿瘤中排名第一位。宫颈癌是可以预防的疾病,世界卫生组织(WHO)将宫颈癌疫苗接种作为一级预防的手段。双价人乳头瘤病毒吸附疫苗适用于预防由 HPV 16/18 引起的宫颈癌及癌前病变,并且疫苗还能针对疫苗所含型别以外的部分其他高危型 HPV 有一定的交叉保护作用。WHO 将疫苗接种与宫颈癌筛查相结合作为宫颈癌的防控策略,常规宫颈癌筛查以及预防 HPV 感染和性传播疾病的其他措施仍极为重要。

**【疫苗品种】**双价人乳头瘤病毒疫苗。

**【作用】**可预防因高危型人乳头瘤病毒(HPV)16、18 型所致的疾病,包括:宫颈癌;2 级、3 级宫颈上皮内瘤样病变(CIN2/3)和原位腺癌;1 级宫颈上皮内瘤样病变(CIN1),以及 HPV16 型、18 型引起的持续感染。

**【不良反应】**接种疫苗后可能会出现发热,注射部位疼痛、红肿和硬结等,多数反应为轻度,一般不需要特殊处理,可自行缓解。必要时应及时与接种单位联系,由后者给予处置指导。

**【接种禁忌】**对疫苗中任何活性成分、辅料过敏者禁用。

**【注意事项】**接种后留观 30 分钟。接种本品前医疗人员应询问和审阅受种者的病史并进行临床检查,评估接种本品的获益与风险。本品尚不能预防所有高危型 HPV 感染所致病变。妊娠期间应避免接种本品。若已经或准备妊娠,建议推迟或中断接种程序,妊娠期结束后再进行接种。与其他疫苗一样,接种本品可能无法对所有受种者产生 100% 的保护效果。以上内容可详见疫苗说明书。如接种疫苗后诊断为异常反应,由保险公司进行补偿。

请您认真阅读以上内容,如实提供受种者的健康状况和是否有接种禁忌等情况。

----- 本栏由受种者或监护人填写 -----

本人已了解上述信息,承诺如实提供健康状况和是否有接种禁忌等情况

受种者/监护人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

监护人与受种者的关系:  母亲  父亲  其他(请注明) \_\_\_\_\_

为了保证安全有效地接种,医护人员将询问以下健康信息并提出医学建议

<input type="checkbox"/> 发热	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
<input type="checkbox"/> 是否患有严重的急性或慢性疾病	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
<input type="checkbox"/> 是否有过敏史	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
<input type="checkbox"/> 既往接种本疫苗是否出现过敏症状	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
<input type="checkbox"/> 是否处于疾病的急性发作期	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
<input type="checkbox"/> 是否处于妊娠或哺乳期	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

医学建议: 您此次双价人乳头瘤病毒疫苗接种  建议接种  推迟接种  不宜接种

医护人员: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

联系电话: \_\_\_\_\_ 接种单位(盖章): \_\_\_\_\_

本人已接受健康询问,同意医学建议。

受种者/监护人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

本知情同意书一式两份(受种者或监护人 1 份、接种单位 1 份),请妥善保管 5 年