

德貞女子中學

二零二四至二零二五年度

人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃安排

敬啟者：

根據衛生署資料，HPV 疫苗（子宮頸癌疫苗）是一種預防性疫苗，能預防子宮頸癌及降低因感染HPV引致的癌症和疾病風險。本校已參加人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃，並已安排莊柏醫務中心到校為中五及中六級學生注射HPV疫苗，活動費用全免，如家長有意安排 貴子女參加，請填妥通告回條，連同「接種人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗同意書」，並於2025年1月15日(星期三)交回班主任，以便辦理相關事宜。

為確保學生能成功接種疫苗，請家長/監護人留意：

1. 對子宮頸癌疫苗或其成份曾有嚴重的過敏反應、懷孕、對酵母（製麵包的其中一種材料）曾有嚴重過敏反應者，不宜接種HPV疫苗。
2. 如參加此計劃，學生必須在校接種第一針。
3. 學生接種第一針後，第二針需於相隔5-13個月內進行。
4. 學生如完成接種第一針HPV疫苗後，但未能在學校接種第二針，需自行聯絡學童免疫注射小組分區辦事處/學生健康服務中心分區辦事處安排接種餘下劑次。
5. 如學生未能於學校接種第一針，可於第二針時在校補種第一針。然後於五個月後，自行聯絡學童免疫注射小組分區辦事處/學生健康服務中心分區辦事處預約第二針。
6. 參與學生需有醫健通，如未有，請填寫「接種人類乳頭瘤病毒(HPV)」疫苗同意書第三部分【登記醫健通】服務。
7. 接種當日，參與學生需進食早餐；帶備學生證、身份證及接種記錄(針卡)予接種隊職員查閱，如遺失接種記錄(針卡)，請盡快補領或於接種當天領取新的接種記錄(針卡)。
8. 填寫同意書前請參考<附件一>填寫樣式。
9. 補種計劃時間表：

	第一針	第二針
中五	2025年	2025年9月18日(暫定)
中六	3月4日	請自行聯絡學童免疫注射小組分區辦事處/學生健康服務中心分區辦事處預約接種

此致
學生家長

德貞女子中學校長

謹啟

二零二五年一月十日

附件：接種人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗同意書、接種者/家長或監護人須知、疫苗資料

-----回 條-----

編號：207

敬覆者：

本人 *同意 / 不同意 小女/受監護者經學校安排接種人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗。

此覆
德貞女子中學校長

中 ___ 級 ___ 班 ___ 號學生： _____

學生家長/監護人簽署： _____

學生家長/監護人姓名： _____

學生電話： _____

學生家長/監護人電話： _____

二零二五年 月 日

(收集聯絡電話，目的是讓負責老師在有需要時聯絡家長/學生，有關資料將於活動完結後銷毀。)

(*請刪去不適用者)

Part II 【Consent/ Refusal of Vaccination】

第二部分【接種同意書/ 不同意書】

I. CONSENT TO ADMINISTRATION OF HPV VACCINATION 接種同意書

CONSENT 同意

I have read and understood this document and the attached information on HPV Vaccines and Collection of Personal Data - Statement of Purposes, including persons/ conditions not suitable for receiving HPV vaccine, and **AGREE** for myself/ my child/ ward* to receive the HPV vaccine (1st/ 2nd/ 3rd dose ^{Note})* as arranged by the Department of Health (DH) and for school to release the related information to the vaccination team arranged by the DH for verification where applicable/ necessary.

I agree for myself/ my child/ ward* to register eHealth if the vaccine recipient has not yet registered. If verification shows that she has not yet registered, the vaccine recipient/ parents/ guardian agrees to provide further information of the vaccine recipient to the Department of Health/ authorised healthcare providers and consent for eHealth registration of the vaccine recipient.

[Note: DH will arrange eligible females to receive two doses of HPV vaccine. The 2nd dose of HPV vaccine will be provided within 5-13 months after the 1st dose. For those who are immunocompromised with valid referral letter, three doses of HPV vaccine will be provided, with the 2nd dose and 3rd dose arranged at minimum intervals of 1 month and 6 months after the 1st dose respectively.]

本人已閱讀及明白本檔及隨附有關人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗的資料及收集個人資料的用途聲明，包括不宜接種人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗的人士/ 情況，及 **同意** 本人/ 小女/ 受監護者* 接種衛生署安排之人類乳頭瘤病毒疫苗（第一劑/ 第二劑/ 第三劑^註）*，並同意學校提供相關資料予衛生署安排的疫苗接種隊作核對之用（如適用/ 有需要）。

如疫苗接種者並未登記醫健通，本人/ 小女/ 受監護者* 同意登記醫健通。若經核證後發現疫苗接種者並未登記醫健通，疫苗接種者/ 家長/ 監護人同意向衛生署/ 獲授權的醫護機構提供疫苗接種者的進一步資料及同意疫苗接種者登記醫健通。

[註：本署會安排合資格接種 HPV 疫苗的女生接種共兩劑疫苗，並在完成第一劑疫苗後 5-13 個月內，安排為其接種第二劑疫苗。免疫力弱並持有效轉介信的女生，則會獲安排接種共三劑疫苗，第二劑和第三劑疫苗會分別安排在其完成第一劑疫苗後相隔最少 1 及 6 個月接種。]

REFUSE 不同意

I have read and understood this document and the information on HPV Vaccines and Collection of Personal Data - Statement of Purposes, and **DISAGREE** for myself/ my child/ ward* (filled information in part I) to receive the HPV vaccine as arranged by the Department of Health (DH) due to:

本人已閱讀及明白本檔及隨附的人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗接種資料的內容及收集個人資料的用途聲明，及 **不同意** 本人/ 小女/ 受監護者*（第一部分已填寫的資料）接種衛生署安排之人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗，原因是：

- Fully vaccinated with HPV vaccines 已完成人類乳頭瘤病毒疫苗接種
- With a history of serious allergic reaction to any of the vaccine components, or following a previous dose of HPV vaccine 對人類乳頭瘤病毒疫苗或其成份曾有嚴重的過敏反應
- With a history of severe allergic reaction to yeast (used in baking bread) 對酵母（製麵包的其中一種材料）曾有嚴重過敏反應
- Currently pregnant 現正懷孕
- Worried about adverse effects 擔心不良反應
- Others 其他 (please specify 請註明: _____)

Signature of Vaccine Recipient/ Parents/ Guardian*:

疫苗接種者/ 家長/ 監護人* 簽署: *Tai Ming*

Relationship with Student 與學生關係: (If applicable 如適用)

Father 父 Mother 母 Guardian 監護人

Name of Vaccine Recipient/ Parents/ Guardian*:

疫苗接種者/ 家長/ 監護人* 姓名: 陳大明

Contact Number:

聯絡電話: 61234567

Date of Signature:

簽署日期: 10-12-2024

Part III 【Registration of eHealth】

第三部分【登記醫健通】

The following part is ONLY applicable to those who have not registered eHealth 下列部分僅供未登記醫健通人士填寫

- I have read and understood the "Participant Information Notice" and "Personal Information Collection Statement" of eHealth and I/ on behalf of the healthcare recipient (HCR) **AGREE** to register with eHealth, which enables authorised healthcare providers to access and share the HCR's eHealth records for healthcare purposes.

本人已閱讀及明白醫健通的「參與者須知」及「收集個人資料聲明」，及 **同意** 本人/ 代表醫護接受者登記參加醫健通，讓獲授權的醫護機構取覽及互通醫護接受者於醫健通的紀錄作醫護用途。

Completed and signed by vaccine recipient aged 16 or above 由16歲或以上疫苗接種者填寫及簽署			
Signature of Vaccine Recipient: 疫苗接種者簽署：		Mobile Number for receiving system notifications: 手提電話號碼以收取系統通知：	
Date of Signature 簽署日期：			
Completed and signed by Substitute Decision Maker (SDM) (i.e. parent or guardian) (Only applicable to vaccine recipient aged under 16/ aged 16 or above but incapable of giving consent) 由代決人（即家長或監護人）填寫及簽署（只適用於十六歲以下兒童/年滿十六歲但無能力自行給予同意的人士）			
SDM's Surname in English: 代決人英文姓氏：		SDM's Given Name in English: 代決人英文名：	
		SDM's Contact Telephone Number: 代決人聯絡電話號碼：	
		Mobile Number for receiving system notifications: 手提電話號碼以收取系統通知：	
SDM's HK Identity Card No.: 代決人香港身份證號碼：			
For non HK Identity Card holder, please fill in information of other identity document 如非香港身份證持有人，請填寫其他身份證明文件資料			
Document Type: 證明文件類別：		Document No.: 證件號碼：	
Relationship with Vaccine Recipient: 與疫苗接種者關係：			
<input type="checkbox"/> Vaccine recipient aged under 16 疫苗接種者為十六歲以下兒童 Parents/ Family Member/ Residing Person/ Guardian appointed under Guardianship of Minors Ordinance/ Person appointed by court * 家長/ 家人/ 同住人士/ 根據《未成年人監護條例》委任的監護人/ 獲法院委任的人*			
<input type="checkbox"/> Vaccine recipient aged 16 or above but incapable of giving consent 疫苗接種者為年滿十六歲但無能力自行給予同意的人士 Family Member/ Residing Person/ Guardian appointed under Mental Health Ordinance/ Director of Social Welfare appointed under Mental Health Ordinance/ Person appointed by court * 家人/ 同住人士/ 根據《精神健康條例》委任的監護人/ 社會福利署署長或根據《精神健康條例》委任的監護人/ 獲法院委任的人*			
Signature of SDM: 代決人簽署：		Date of Signature: 簽署日期：	

Part IV To Be Filled In By The Healthcare Worker Providing The Vaccination
第四部分 以下資料只由提供疫苗接種的醫護人員填寫


<input type="checkbox"/> First Dose 第一劑 <input type="checkbox"/> Second Dose 第二劑 <input type="checkbox"/> Third Dose 第三劑 (only for individuals who are immunocompromised/ with valid referral letter 只適用於免疫力弱/ 持有效轉介信的人士)	
<input type="checkbox"/> HPV vaccination was provided to the vaccine recipient 已為接種者接種人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗	
<input type="checkbox"/> HPV vaccination was NOT provided to the vaccine recipient due to: 沒有為接種者接種人類乳頭瘤病毒疫苗，原因是： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> absent from school 缺課 <input type="checkbox"/> vaccination refused 拒絕接種 <input type="checkbox"/> discomfort 身體不適 <input type="checkbox"/> others 其他 (please specify 請註明：_____) 	
Signature of Vaccination Staff 接種職員簽署：	
Name of Enrolled Doctor 已配對醫生姓名：	
Date of Vaccination 接種日期：	

<附件二：身份證明文件要求 ID Copy Requirement>

如未能提供香港出生證明書副本則需按以下先後次序提供有效之身分證明文件副本(其中一項):

If you cannot provide a copy of Hong Kong Birth Certificate

You need to provide a copy of a valid identity document (one of them) in the following order:

<p>1. 香港身份證 Hong Kong ID</p> 	<p>2. 回港證 Re-entry Permit</p> 
---	---

3. 簽證身分書 (附設相片頁面) Document of Identity for Visa Purposes (Page with Photo)



4. 海外護照(附設相片頁面)及最新逗留許可簽證(如簽證過期須同時提供續期文件)
海外護照(附設相片頁面)
Overseas passport (with photo page) and visa for stay permit
(if the visa expires, the renewal document must be provided)

<p>海外護照(附設相片頁面) Overseas Passport (Page with Photo)</p> 	<p>最新逗留許可簽證(4 個英文字母加數字) Latest Visa Permit (4 digit alphabet and number)</p> 
---	---

5. 單程證、雙程證 及 最新逗留許可簽證
(如簽證過期須同時提供續期文件)
One way Permit, Re-Entry Permit AND the latest VISA
(If it has been expired, please provide the renewal document)

<p><u>單程證 One way Permit</u></p> 	<p><u>雙程證 Two-way exit Permits</u></p> 
--	---

最新逗留許可簽證 (由 4 個英文字母加數字組成)
Latest visa Permit (4 digit alphabet and number)

