

청소년 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 시행 동의서

질병관리청에서는 예방접종 전에 보호자(법정대리인)에게 예방접종 예진표를 작성하도록 하고, 예방접종 후 이상반응 및 예방접종 전후 주의사항에 대해 보호자에게 설명하도록 권고하고 있습니다.

본 동의서는 부득이하게 보호자(법정대리인)와 동행하지 못한 소아청소년(만 12세 이상)에게 접종기관이 자궁경부암 예방접종을 시행하는 것에 대한 보호자(법정대리인)의 동의여부를 확인하기 위해 마련되었습니다.

귀하께서 사정 상 동행하기 어려워 자녀가 혼자 접종기관을 방문해 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종을 받는데 동의하신다면, 예방접종 안내문 내용을 숙지하신 후 아래 내용을 작성하여 자녀가 예방접종 예진표와 함께 동의서를 가지고 접종기관에 방문할 수 있도록 해 주십시오.

* 예방접종 예진표 다운로드: 예방접종도우미(<https://nip.kdca.go.kr>) > 예방접종관리 > 관련자료 다운로드

* ‘예방접종 예진표’와 ‘청소년 대상 예방접종 시행 동의서’는 반드시 보호자(혹은 법정대리인)가 작성합니다.

1. HPV 예방 백신(가다실, 서바릭스) 중에서 선호하는 백신이 있으시면 작성해 주십시오.

()

2. HPV 예방 백신 이외에 접종받지 않은 다른 백신이 있다면 함께 접종 받으시겠습니까?

: 예 ☐ / 아니오 ☐

※ 다른 백신과 함께 접종 받길 원하신다면 해당 백신을 표시하거나 작성해 주십시오.

• Tdap(파상풍-디프테리아-백일해) 또는 Td(파상풍-디프테리아) ☐

• 일본뇌염: ☐ ()

• 기타()

* 건강여성 첫걸음 사업 대상자는 부가적으로 사춘기 성장발달 및 초경에 대한 건강상담을 무료로 받을 수 있습니다.

3. 자녀의 예방접종 예진표를 작성하셨나요? : 예 ☐ / 아니오 ☐

4. 예방접종 후 급성 중증 이상반응 발생 여부 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 합니다. 위 사항을 자녀가 준수할 수 있도록 사전에 알려주십시오. 예 ☐

5. 접종기관으로부터 예방접종 후 이상반응 및 주의사항에 대한 설명을 듣기 위해 연락 가능한 연락처를 작성해 주십시오.(휴대 전화번호:)

※ 접종 당일 자녀의 건강상태 및 의사의 예진 결과에 따라 예방접종이 연기될 수 있습니다.

보호자(법정대리인) 성명 :

접종 대상자와의 관계 :

20 년 월 일 성명: (서명/인)