

## 113 年桃園市政府衛生局 HPV DNA 檢測補助計畫

## 同意書

本人\_\_\_\_\_參加桃園市政府衛生局 HPV DNA 檢測補助計畫，同意該局補助計畫相關規定，如有不符或以同一次子宮頸抹片篩檢結果重複申請檢測補助，經查證屬實，所接受之項目將不予補助，並願繳交所受之檢查費用（新臺幣 900 元整）。

一、本人設籍於桃園市，且符合本計畫補助條件：

接受國民健康署補助之子宮頸抹片篩檢（篩檢日期介於 112 年 10 月 1 日至 113 年 12 月 31 日，且結果為非典型鱗狀細胞變異或低度鱗狀細胞變異者（抹片細胞病理診斷為 Atypical squamous cells (ASC-US) ④、Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ⑥ 或 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ⑦）。

二、本人已充分了解本計畫補助項目，同意接受 HPV DNA 檢測（人類乳突病毒檢測）。

三、本人同意桃園市政府衛生局為公共衛生等相關作業用途，蒐集、處理利用本次檢測之相關資料，且進行篩檢異常個案追蹤或資料分析研究。

身分證正面影本	身分證背面影本
---------	---------

立書人簽名或蓋章：

立書人聯絡電話：

立書人戶籍地址：

中 華 民 國

年

月

日

## 桃園市政府衛生局人類乳突病毒 (HPV) 檢查單

受檢者基本資料 (受檢婦女填寫)

姓名				生日	民國	年	月	日
身分證字號								
電話				手機				
現居住址:	市 區鄉 里 路 縣 鎮市 村 街 段 巷 弄 號 樓							
過去是否接受過人類乳突病毒 (HPV) 檢測	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於____年曾受檢, 結果為____性) <input type="checkbox"/> 不清楚							
是否曾接種人類乳突病毒 (HPV) 疫苗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於____年曾接種____價疫苗) <input type="checkbox"/> 不清楚							

HPV 採檢機構: \_\_\_\_\_

受檢者資格審核	子宮頸抹片檢查結果為 4、6 或 7 (ASCUS 或 LSIL)	<input type="checkbox"/> 符合
	子宮頸抹片篩檢日期: 民國____年____月____日	<input type="checkbox"/> 符合
HPV 採檢日期	民國____年____月____日	
HPV 採檢人員	<input type="checkbox"/> 醫師	<input type="checkbox"/> 公衛護理師 (限衛生所勾選)

檢驗機構: \_\_\_\_\_ (醫事機構代碼) 檢體編號: \_\_\_\_\_

檢體收件日期	民國____年____月____日	報告日期	民國____年____月____日
檢測試劑名稱			
檢測結果	<input type="checkbox"/> 陰性		
	<input type="checkbox"/> 陽性	HPV 型別: (請填寫檢測陽性型別)	

第一聯: 檢驗機構留存聯

## 桃園市政府衛生局人類乳突病毒 (HPV) 檢查單

受檢者基本資料 (受檢婦女填寫)

姓名		生日	民國    年    月    日
身分證字號			
電話		手機	
現居住址:	市          區鄉          里          路 _____ 縣 _____ 鎮市 _____ 村 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
過去是否接受過人類乳突病毒 (HPV) 檢測	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾受檢, 結果為 _____ 性) <input type="checkbox"/> 不清楚		
是否曾接種人類乳突病毒 (HPV) 疫苗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾接種 _____ 價疫苗) <input type="checkbox"/> 不清楚		

HPV 採檢機構: \_\_\_\_\_

受檢者資格審核	子宮頸抹片檢查結果為 4、6 或 7 (ASCUS 或 LSIL)	<input type="checkbox"/> 符合
	子宮頸抹片篩檢日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 符合
HPV 採檢日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
HPV 採檢人員	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 公衛護理師 (限衛生所勾選)	

檢驗機構: \_\_\_\_\_ (醫事機構代碼)      檢體編號: \_\_\_\_\_

檢體收件日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	報告日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
檢測試劑名稱			
檢測結果	<input type="checkbox"/> 陰性		
	<input type="checkbox"/> 陽性	HPV 型別: (請填寫檢測陽性型別)	

第二聯: 檢驗機構回報採檢機構聯

## 桃園市政府衛生局人類乳突病毒 (HPV) 檢查單

受檢者基本資料 (受檢婦女填寫)

姓名		生日	民國	年	月	日
身分證字號						
電話			手機			
現居住址:	市          區鄉          里          路 _____ 縣 _____ 鎮市 _____ 村 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓					
過去是否接受過人類乳突病毒 (HPV) 檢測	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾受檢, 結果為 _____ 性) <input type="checkbox"/> 不清楚					
是否曾接種人類乳突病毒 (HPV) 疫苗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾接種 _____ 價疫苗) <input type="checkbox"/> 不清楚					

HPV 採檢機構: \_\_\_\_\_

受檢者資格審核	子宮頸抹片檢查結果為 4、6 或 7 (ASCUS 或 LSIL)	<input type="checkbox"/> 符合
	子宮頸抹片篩檢日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 符合
HPV 採檢日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
HPV 採檢人員	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 公衛護理師 (限衛生所勾選)	

檢驗機構: \_\_\_\_\_ (醫事機構代碼)      檢體編號: \_\_\_\_\_

檢體收件日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	報告日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
檢測試劑名稱			
檢測結果	<input type="checkbox"/> 陰性		
	<input type="checkbox"/> 陽性	HPV 型別: (請填寫檢測陽性型別)	

第三聯: 採檢機構繳交衛生局核銷聯