

M 痘疫苗風險與健康評估問卷

接種地點：_____ 醫療院所/衛生所 填寫日期：__年__月__日

接種民眾基本資料

姓名：_____	手機號碼：09_____
出生日期：民國__年__月__日	電子郵件：_____@_____

自填風險評估(請打勾)

<input type="checkbox"/>	正痘病毒屬之實驗室操作人員。
<input type="checkbox"/>	與確診 M 痘個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者。
<input type="checkbox"/>	近 1 年有風險性行為者(例如：多重性伴侶、性交易服務者、於營業場所發生性行為者等)；過去曾罹患性病；或性接觸對象有前述任一情形者。
<input type="checkbox"/>	照顧 M 痘確診個案之醫療照護與清消人員，以及協助疑似 M 痘個案檢體採檢或執行 M 痘疫苗接種作業人員。

自填健康評估(請打勾)

評估問題	否	是
請問您是否有 M 痘疑似症狀(皮膚病灶，例如：皮疹、水泡、斑疹、斑丘疹、膿疱等，以及發燒、畏寒/寒顫、頭痛、肌肉痛、背痛、關節痛、淋巴腺腫大(如耳周、腋窩、頸部或腹股溝等處)等)?		
請問您過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史?		
請問您是否對 M 痘疫苗的其他成分過敏?		
請問您目前是否懷孕或哺乳?		
請問您是否罹患白血病?		
請問您是否罹患淋巴瘤?		
請問您是否罹患全身性惡性腫瘤?		
請問您是否曾接受器官移植?		
請問您是否於 24 個月內曾接受造血幹細胞移植?		
請問您是否接受移植術後 24 個月以上，但患有移植物抗宿主病或疾病復發?		
請問您是否正在接受化學治療?		
請問您是否有在進行放射性治療?		
請問您是否有使用腫瘤壞死因子抑製劑?		
請問您是否正使用高劑量皮質類固醇治療?		
請問您是否患有自體免疫疾病合併免疫缺陷?		
請問您是否有蟹足腫體質?		
請問您是否為 HIV 感染者?		
最近 6 個月內 CD4 \geq 200 cells /mm ³		
最近 6 個月內 CD4 $<$ 200 cells /mm ³		

是否曾接種 M 痘疫苗? 否 是: 接種日期: _____年____月____日

接種方式: 皮內(ID) 皮下(SC)