



PROGRAM VAKSINASI HPV UNTUK WANITA

Borang Keizinan Suntikan Vaksinasi / Human Papillomavirus (HPV)

Vaksinasi *Human Papillomavirus* (HPV) boleh mencegah kanser serviks. Ianya diberi secara percuma kepada wanita yang berumur 18 tahun. Vaksinasi diberi sebanyak 3 dos dalam tempoh 6 bulan dan wanita tersebut perlu mendapat KETIGA-TIGA DOS VAKSIN mengikut jadual. Bersama ini disertakan risalah mengenai vaksinasi HPV. Sekiranya terdapat keraguan, sila hubungi klinik LPPKN/ Pusat Kesihatan IPTA yang berdekatan bagi mendapat maklumat lanjut.

Maklumat Peribadi

| | |
|------------|---------------------------|
| Nama: | Tarikh Lahir: No. K.P: |
| Alamat: | Telefon: Email: |
| Institusi: | Jurusan / Tahun: |

Sejarah Alahan

Adakah anda:

- i. Mengalami kesan sampingan teruk (seperti sawan, pengsan dan kemasukan ke hospital) selepas mendapat mana-mana vaksinasi sebelum ini?

Ya Tidak

- ii. Mempunyai sejarah alahan yang teruk?

Ya Tidak

Kebenaran bagi 3 dos vaksinasi HPV

| SAYA BERSETUJU MENERIMA KETIGA-TIGA SUNTIKAN VAKSINASI HPV | |
|---|--|
| Nama | |
| Tandatangan | |
| Tarikh | |

Terima kasih atas kerjasama anda melengkapkan borang ini. Sila kembalikan borang ke pihak Klinik LPPKN/ Pusat Kesihatan IPTA



**PROGRAM VAKSINASI HPV UNTUK WANITA
SENARAI SEMAK MAKLUMAT KESIHATAN PENERIMA VAKSIN SEBELUM
SUNTIKAN DIBERI**

(Sila tandakan pada ruang yang berkenaan)

| | MAKLUMAT KESIHATAN | TANDAKAN <input type="checkbox"/> JIKA ADA |
|-----|---|--|
| 1. | Demam | |
| 2. | Kanser (Barah) yang sedang menjalani rawatan | |
| 3. | Masalah pendarahan (cth : Hemofilia, <i>Idiopathic Thrombocytopenic Purpura</i> (ITP)) | |
| 4. | Mendapat <i>pneumonia</i> (radang paru-paru) dalam tempoh seminggu sebelum vaksinasi | |
| 5. | Sedang dalam rawatan menggunakan <i>corticosteroid</i> berdos tinggi | |
| 6. | Mengalami cirit-birit / muntah-muntah | |
| 7. | TB yang aktif | |
| 8. | Pernah mendapat sawan (epilepsy) | |
| 9. | Imunodeficiency (daya tahan melawan penyakit rendah) cth. Jangkitan HIV, <i>Leukaemia</i> , <i>Hodgkin's lymphoma</i>) | |
| 10. | Lain-lain masalah. Sila nyatakan: | |

Diakui kenyataan di atas benar

.....
Nama :
No I.C :

.....
Tarikh