

衛生組請託：請家長與同學正確簽署 BNT 疫苗意願書 及 心電圖篩檢同意書！

一、 BNT 意願書 (不論意願皆須繳交！)

正確填寫範例 (藍色部分是需填寫處) 黑色部分是套印上去的

BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗

(第二劑) 學生接種評估暨意願書 (第二劑)

臺北市 縣(市) 學校名稱： 成功高級中學

我已詳閱 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗學生接種須知，瞭解本疫苗需接種兩劑，亦瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

同意 不同意 我的子女接種 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗。

◆ 接種方式 (擇一勾選) 於校園集中接種 至衛生所 / 合約醫療院所接種

學生姓名： 郝成功 (一年 24 班 88 號)

身分證 / 居留證 / 護照字號： A123456789

出生日期：(西元) 2005 年 12 月 31 日

家長簽名： 郝歡喜 身分證 / 居留證 / 護照字號： A23145678

◆ 接種前自我評估

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。		
2. 現在身體有無不適病徵 (如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。		
5. 目前是否懷孕。		

◆ 體溫： _____ °C

適合接種 不適宜接種；原因： _____

評估日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

醫療院所十碼代碼： _____ 醫師簽章： _____

(0) 正確勾選接種意願

1. 若想在「學校集中接種」，請打 3 個勾

我已詳閱 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗學生接種須知，瞭解本疫苗需接種兩劑，亦瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

同意 不同意 我的子女接種 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗。

◆ 接種方式 (擇一勾選) 於校園集中接種 至衛生所 / 合約醫療院所接種

2. 若想在「校外接種」，請打 3 個勾

我已詳閱 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗學生接種須知，瞭解本疫苗需接種兩劑，亦瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

同意 不同意 我的子女接種 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗。

◆ 接種方式 (擇一勾選) 於校園集中接種 至衛生所 / 合約醫療院所接種

3. 若「不想接種」，請打 2 個勾

我已詳閱 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗學生接種須知，瞭解本疫苗需接種兩劑，亦瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

同意 不同意 我的子女接種 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗。

◆ 接種方式 (擇一勾選) 於校園集中接種 至衛生所 / 合約醫療院所接種

(0) 家長簽名，家長書寫身分證字號。

(0) 下半部留空，整張交回。

以下錯誤麻煩請避免！

- × 家長沒簽名
- × 家長未填寫身分證
- × 家長身分證寫成學生身分證
- × 未勾選接種意願、勾選錯誤

二、心電圖篩檢同意書(想參加者再填!)

正確填寫範例：「左邊打個勾，右邊寫個資」，有缺就不能參加。

國立臺灣大學醫學院附設醫院
National Taiwan University Hospital
臨床試驗/研究受試者說明暨同意書

研究編號：20211201
研究名稱：學生心電圖篩檢

受試者姓名：_____
日期：____年__月__日

(七) 試驗/研究預期效益：
接受此計畫獲得的資料顯示，若有正向結果，可以提供未來評估篩檢的重要臨床意義。未來將發表於相關醫學會議及科學期刊。在本計畫期間內，他們仍將繼續接受後續篩檢及諮詢。

(八) 試驗/研究進行中受試者之權益、限制與應配合之事項：
在心電圖檢查當天請穿著運動服，以方便心電圖檢查。

(九) 受試者個人資訊之保密：
台大醫院將依法如何可辨識您的身分之記錄與您的個人隱私資料視為醫療紀錄，不會公開。研究人員將以一個研究代碼代您的身分。此代碼不會顯示您的姓名、國民身分證統一編號、住址等可識別資料。如果發表試驗/研究結果，您的身分亦將保密。您亦瞭解簽署同意書即同意您的原始醫療紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱。每個臨床試驗/研究過程與數據符合相關法律及法規要求。上述人員並承諾絕不違反您的身分之機密性。除了上述機構外，沒有其他檢閱者。我們會小心維護您的隱私。

(十) 試驗/研究之提前與中止：
您可隨時決定是否參加試驗/研究。試驗/研究過程中也可隨時被撤回或中止同意。退出試驗/研究，不需任何理由，且不會引起任何不快或影響其日後醫師對您的醫療照顧。
當試驗/研究執行中有重要的新資訊(能影響您的權益或影響您繼續參與意願)時，會通知您並進一步說明。請您重新思考是否繼續參加。您可自由決定。不會引起任何不快或影響其日後醫師對您的醫療照顧。
當主持人有必要的必要時中止整個試驗/研究之進行。當您退出本試驗/研究或主持人判斷您不適合繼續參與試驗/研究時，您將無法再參加試驗/研究。

(十一) 指定補償與保險：
本研究一無風險，為確保與參與試驗/研究受試者之健康與福利之關係而可能獲得之補償。請您務必瞭解各項說明內容：
1. 如依本研究計劃臨床試驗/研究計畫，因發生不良反應或損害，由台大醫院負責賠償。但本受試者同意書上所列載之可預期不良反應，不予賠償。
2. 如依本研究計劃臨床試驗/研究計畫，因發生不良反應或損害，本醫院願意提供專業醫療照顧及醫療諮詢。您不必負擔任何不良反應或損害之必要醫療費用。
3. 除第二項補償及醫療照顧外，本研究不提供其他形式之補償。若您不願意承受這樣的風險，請勿參加試驗/研究。
4. 您不會因為簽署本同意書，而喪失在法理上的任何權利。
若您因參與本試驗/研究而發生不良反應或損害，除上述補償包括合理的醫療費用。您應符合以下條件：您的損害並非故意造成；您遵守試驗醫師之醫療建議。

(十二) 受試者之贈體(含其生物)、個人資料之保存、使用與再利用
1. 本試驗不涉及採集贈體。
2. 資料之保存、使用與再利用
本試驗研究期間，根據計畫需要與您所授權的內容，我們將蒐集與您有關的臨床資料、醫療紀錄等資料與資訊，並以一個編碼來代替您的名字及相關個人資料。前述資料將以紙本形式，將會與本同意書分開存放於研究機構之電腦中；若為電子方式儲存或建構以統計分析之用。將會存放於設有密碼與適當存取權限之專屬電腦內。這些研究資料與資訊將會保存 33 年。
上述資料與資訊將僅用於統計分析與研究。您仍會獲得與本國法規相符之保障。計畫主持人與相關團隊將盡力確保您的個人資料獲得妥善保護。

(十三) 受試者權益：
1. 如果您在試驗/研究過程中對試驗/研究之性質產生疑問，對自身權益之權利有意見或懷疑請與本研究同意書時，可向研究倫理委員會聯絡尋求諮詢。電話號碼為：(02)2512-4555 轉 63155。
2. 試驗/研究過程中，您的健康或安全如有關，可能影響您繼續接受臨床試驗/研究意願的任何重大發現，我們將即時提供給您。如果您決定退出，醫師會安排您繼續接受醫療照顧。如果您決定繼續參加試驗/研究，可能需簽署一份更新版的同意書。
3. 如果您現在或於試驗/研究期間有任何問題或狀況，請不必害羞，可與在台大醫院小兒科的師高醫師聯絡(聯繫電話：02-2512-4555)。

版本/日期：20211201 Version 4 第2頁

退出後讓試驗主持人繼續收集我的資料，例如經由我的病歷記載取得後續醫療過程、實驗室檢查結果。繼續收集資料，仍會維護您的隱私和個人資料的機密性。
 同意收集。
 不同意本試驗/研究繼續收集或檢視我的資料，但可經由公共資料庫查詢之紀錄不在此限。
請填寫完畢

國立臺灣大學醫學院附設醫院
National Taiwan University Hospital
臨床試驗/研究受試者說明暨同意書

研究編號：20211201
研究名稱：學生心電圖篩檢

受試者姓名：_____
日期：____年__月__日

受試者簽名： 郝成功 日期：110年12月8日
不是你的生日...
出生年月日：2005年12月31日 電話：23216256
國民身分證統一編號：A123456789 性別：男
通訊地址：濟南路一段71號

法定代理人/有同意權之人簽名： 郝歡喜 日期：110年12月8日
與受試者關係(請圈選)：配偶、父、母、兒、女、其他：_____
出生年月日：55年2月28日 電話：0987654321
國民身分證統一編號：A23456789 A231456780 郝歡喜 12/8
通訊地址：濟南路一段71號

請填寫完畢

不可使用修正帶(液)塗改，若不小心寫錯，請劃掉修正後在旁邊簽名並加註日期

學生的部分：簽名與簽署日期

家長的部分

不可使用修正帶(液)塗改，若不小心寫錯，請劃掉修正後在旁邊簽名並加註日期