

吕梁市卫生健康委员会

吕梁市妇女联合会

吕卫疾控函〔2025〕47号

关于转发《关于印发<山西省适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动实施方案>的通知》 的通知

各县市区卫健局、妇联，市疾控中心：

现将山西省疾病预防控制中心、山西省卫生健康委员会和山西省妇女联合会《关于印发<山西省适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动实施方案>的通知》（晋疾控卫免函〔2025〕4号）转发给你们，请按照通知要求，严格贯彻落实。

附件：《关于印发<山西省适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动实施方案>的通知》（晋疾控卫免函〔2025〕4号）



（主动公开）

山西省疾病预防控制中心
山西省卫生健康委员会
山西省妇女联合会

晋疾控卫免函〔2025〕4号

关于印发《山西省适龄人群 HPV 疫苗接种
惠民减免活动实施方案》的通知

各市疾控局、卫生健康委、妇联，省疾控中心：

为深入贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》《加速消除宫颈癌行动计划（2023-2030 年）》等相关要求，进一步提升全省人乳头瘤病毒（HPV）疫苗可及性和接种率，切实有效预防 HPV 感染引发相关疾病，保障群众健康，省疾控局、省卫生健康委和省妇联联合制定了《山西省适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动实施方案》，现印发给你们，请遵照执行。



(主动公开)

山西省适龄人群 HPV 疫苗接种 惠民减免活动实施方案

人乳头瘤病毒(HPV)感染可引起宫颈癌、肛门癌、生殖器疣等疾病。为贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》《加速消除宫颈癌行动计划(2023-2030 年)》等相关要求,进一步普及公众健康知识,提升全民健康素养,保障群众健康,省疾控中心联合省卫生健康委、省妇联在全省范围内开展适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动,并结合工作实际制定本实施方案。

一、实施目的和原则

(一)目的。本次活动旨在进一步宣传 HPV 感染相关疾病防控知识,提高适龄人群 HPV 感染相关疾病知识的知晓率和预防意识;提升适龄人群 HPV 疫苗接种率,降低人群宫颈癌等相关疾病发病率。

(二)原则。受种者按照“知情同意、自愿自费、分类减免”的原则参加,本次活动做到愿接尽接。

二、实施对象和内容

(一)实施对象。全省 11 个市、117 个县(市、区)年龄为 9-45 岁的女性、9-26 岁的男性,既往无 HPV 疫苗接种史,无 HPV 疫苗接种禁忌。

(二)实施内容。在惠民活动期间,接种第 1 剂次或第 2 剂次

HPV疫苗后可减免后续接种的疫苗费用（不包括接种服务费用）。本次活动为适龄人群提供双价、四价、九价三类共五种 HPV 疫苗选择,分别为:双价人乳头瘤病毒疫苗(毕赤酵母)、双价人乳头瘤病毒疫苗(大肠杆菌)、双价人乳头瘤病毒吸附疫苗(杆状病毒)、四价人乳头瘤病毒疫苗(酿酒酵母)、九价人乳头瘤病毒疫苗(酿酒酵母)。每类 HPV 疫苗接种减免政策和适龄人群如下:

1.双价 HPV 疫苗。

(1)9-14 周岁女性:全程接种 2 剂次,第 1 剂次自费,第 2 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(2)15-45 周岁女性:全程接种 3 剂次。选择双价人乳头瘤病毒吸附疫苗(杆状病毒)第 1 剂次自费,第 2、3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次);选择双价人乳头瘤病毒疫苗(毕赤酵母)(接种年龄为 15-30 周岁)及双价人乳头瘤病毒疫苗(大肠杆菌)第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

2.四价 HPV 疫苗。

(1)9-13 周岁女性:全程接种 2 剂次,第 1 剂次自费,第 2 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(2)14-26 周岁、35-45 周岁女性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(3)9-26 周岁男性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

3.九价 HPV 疫苗。

(1)9-14 周岁女性:全程接种 2 剂次,第 1 剂次自费,第 2 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(2)15-26 周岁、35-45 周岁女性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(3)16-26 周岁男性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

三、实施时间

活动实施时间为 2025 年 6 月 20 日-2026 年 5 月 31 日。凡 2025 年 6 月 20 日至 2025 年 10 月 31 日期间,在山西省内完成第 1 剂次 HPV 疫苗接种的适龄人群,均可享受减免政策。

2025 年 10 月 31 日前未完成第 1 剂次接种的人员,不纳入本次活动范畴;2025 年 6 月 20 日至 2025 年 10 月 31 日前完成第 1 剂次接种,但在 2026 年 5 月 31 日前未完成全程接种的人员,后续剂次不再享受本次活动的减免政策。

四、组织实施

(一)准备阶段(2025 年 6 月 10 日-6 月 15 日)

各市根据工作实际制定具体工作方案,做好本次惠民活动各项筹备工作。各县(市、区)疾控主管部门结合辖区实际情况,确定实施惠民活动的预防接种单位,省疾控中心以市为单位收集汇总接种单位信息,做好微信公众号预约平台的准备工作。本次惠民活动使用的 HPV 疫苗由各县(市、区)疾控中心通过山西省公共资

源交易中心非免疫规划疫苗网上阳光采购平台统一采购,执行全省统一采购价,相关疫苗上市许可持有人负责保障疫苗及时供应,通过明折明扣方式与县(市、区)疾控中心签订 HPV 疫苗采购合同。各县(市、区)疾控中心做好 HPV 疫苗供应、存储、分发、管理和 AEFI 监测处置等工作,确保惠民活动顺利实施。

(二)宣传阶段(2025 年 6 月 16 日-2025 年 6 月 19 日)

各级疾控、卫生健康、妇联等部门,要聚焦重点人群,利用广播、电视、微信公众号等媒体开展形式多样的宣传活动,重点围绕疫苗接种安全性、有效性、必要性等进行科普宣传,宣传材料可参考《适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动告知书》(附件 1),形成全社会支持、共同参与 HPV 相关疾病防控工作的良好氛围,共同推进惠民活动深入开展。

(三)实施阶段(2025 年 6 月 20 日-2026 年 5 月 31 日)

适龄人群可通过“山西省疾控局”“山西疾控动态”微信公众号进行线上登记预约。县(市、区)疾控中心根据辖区预约情况制定采购计划,合理安排接种进度,2025 年 10 月 31 日前完成参加活动人群第 1 剂次接种,2026 年 5 月 31 日前完成参加活动人群全程接种工作。要在有序推进惠民活动进度的同时,确保常规免疫规划疫苗接种不受影响。

(四)总结阶段(2026 年 6 月 1 日-2026 年 6 月 30 日)

各市疾控、卫生健康、妇联等部门动态跟踪活动实施情况,评估实施效果。各县(市、区)疾控中心每月 20 日前统计当月辖区内

惠民活动接种数据报送至市疾控中心,由各市疾控中心汇总后于当月 25 日前报送至省疾控中心。2026 年 6 月 15 日前,各市疾控中心将活动总结报送至省疾控中心,省疾控中心 2026 年 6 月 30 日前对全省惠民活动进行总结,并上报省疾控局。

五、组织保障

(一)加强组织领导。HPV 疫苗接种惠民减免活动对于提高我省 HPV 疫苗接种率,有效预防和降低宫颈癌等相关疾病发病风险,维护群众健康权益具有重要意义。各地要高度重视,部门之间建立协调机制,全面统筹此次惠民活动,相关部门充分发挥在科普宣传和动员方面的作用,通过相关渠道广泛宣传发动。各县(市、区)疾控主管部门要按照方案要求有序推进本辖区惠民活动的具体实施,确保活动落地落实。

(二)强化技术保障。省疾控中心为本次惠民活动省级具体承办单位,负责组织协调制定 HPV 科普宣传资料,开展预防接种人员培训,确保政策统一、接种安全。县(市、区)疾控中心和接种单位要根据预约情况统筹做好 HPV 疫苗管理和受种者数据统计,按相关要求做好疫苗接种后 AEFI 监测、报告、调查、诊断等处置工作。

(三)规范预防接种。各预防接种单位要严格落实《预防接种工作规范(2023 年版)》要求,接种前对受种者或监护人充分告知 HPV 疫苗的品种、禁忌症、不良反应等,受种者签署知情同意书(附件 2);要按规范实施接种,确保接种安全;受种者完成接种后,应在接种现场留观 30 分钟。要做好相应急救设备及药品的储备、

医疗救治保障,按要求做好 AEFI 监测处置。

附件:1.适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动告知书

2.适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动接种知情同意书

附件 1

适龄人群 HPV 疫苗接种惠民减免活动告知书

人乳头瘤病毒(HPV)感染可引起宫颈癌、肛门癌、生殖器疣等疾病。研究表明,约99%的宫颈癌、88%的肛门癌、90%的生殖器疣由 HPV 感染所致。尽早接种 HPV 疫苗、倡导男女共防,是适龄人群预防 HPV 相关疾病的有效手段,通过广泛接种 HPV 疫苗,达成群体免疫,可以有效降低 HPV 相关疾病的发病率、死亡率及医疗负担,对于防控并最终实现消除 HPV 相关疾病具有重要意义。

本次接种惠民减免活动具体优惠政策如下:

1.双价 HPV 疫苗。

(1)9-14 周岁女性:全程接种 2 剂次,第 1 剂次自费,第 2 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(2)15-45 周岁女性:全程接种 3 剂次。选择双价人乳头瘤病毒吸附疫苗(杆状病毒)第 1 剂次自费,第 2、3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次);选择双价人乳头瘤病毒疫苗(毕赤酵母)(接种年龄为 15-30 周岁)及双价人乳头瘤病毒疫苗(大肠杆菌)第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

2.四价 HPV 疫苗。

(1)9-13 周岁女性:全程接种 2 剂次,第 1 剂次自费,第 2 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(2)14-26 周岁、35-45 周岁女性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(3)9-26 周岁男性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

3.九价 HPV 疫苗。

(1)9-14 周岁女性:全程接种 2 剂次,第 1 剂次自费,第 2 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(2)15-26 周岁、35-45 周岁女性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享

受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

(3)16-26 周岁男性:全程接种 3 剂次,第 1、2 剂次自费,第 3 剂次享受免费政策(不含接种服务费 20 元/剂次)。

活动实施时间为 2025 年 6 月 20 日-2026 年 5 月 31 日。凡 2025 年 6 月 20 日至 2025 年 10 月 31 日期间,在山西省内完成第 1 剂次 HPV 疫苗接种的适龄人群,均可享受减免政策。2025 年 10 月 31 日前未完成第 1 剂次接种的人员,不纳入本次活动范畴;2025 年 6 月 20 日至 2025 年 10 月 31 日前完成第 1 剂次接种,但在 2026 年 5 月 31 日前未完成全程接种的人员,后续剂次不再享受本次活动的减免政策。

我们将努力做到符合条件的适龄人群愿种尽种,全面保障身体健康。呼吁广大适龄人群积极参与,共同构建健康山西。

【预约方式】

1.参加时间:2025 年 6 月 20 日-2026 年 5 月 31 日。

2.操作步骤:(1)注册:关注“山西省疾控局”“山西疾控动态”微信公众号。

(2)绑定:添加受种者信息。

(3)预约:选择要预约的城市,点击接种预约,选择要预约的疫苗--接种单位--接种时间--预约信息确认(实际价格参考惠民政策)。

(4)查看预约记录:预约成功后可以系统查看预约记录,请按照预约接种日期进行接种。

注意:绑定的受种者须已在晋免疫规划信息管理系统建档,若遇预留手机号有误或未查询到档案而无法绑定等情况,可在接种单位常规接种日下午联系所属接种单位进行修改。

附件 2-1

双价人乳头瘤病毒吸附疫苗（杆状病毒）
接种知情同意书

人乳头瘤病毒感染可引起宫颈癌、肛门癌、生殖器疣等疾病。研究表明，约 99% 的宫颈癌、88% 的肛门癌、90% 的生殖器疣由 HPV 感染所致。尽早接种 HPV 疫苗、倡导男女共防，是适龄人群预防 HPV 相关疾病的有效手段，通过广泛接种 HPV 疫苗，达成群体免疫，可以有效降低 HPV 相关疾病的发病率、死亡率及其家庭带来的医疗负担，对于防控并最终实现消除 HPV 相关疾病具有重要意义。现针对适龄人群提供 HPV 疫苗优惠接种政策。

【疫苗品种】双价人乳头瘤病毒吸附疫苗（杆状病毒）

【适用对象】9-45 岁的女性，既往无 HPV 疫苗接种史，无 HPV 疫苗接种禁忌。

【接种程序】

9-45 岁的女性，推荐于 0、1、6 月分别接种 1 剂次，共接种 3 剂次，每剂次 0.5ml。9-14 岁女性也可选择 0、6 月分别接种 1 剂次的程序，每剂次 0.5ml。接种途径为肌肉注射，接种部位首选上臂三角肌。

优惠接种政策：

人群范围	9-14 周岁女性	15-45 周岁女性
时间范围	2025 年 6 月 20 日-10 月 31 日接种第 1 剂次，并在 2026 年 5 月 31 日前完成全程接种	
接种程序	全程 2 剂次，第 0、6 月接种	全程 3 剂次，第 0、1、6 月接种
享受优惠	第 1 剂次自费，第 2 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）	第 1 剂次自费，第 2、3 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）

【不良反应】常见不良反应：头痛、发热、腹泻、恶心、呕吐、关节痛、肌痛、疲劳、咳嗽，注射部位红斑、疼痛、肿胀、瘙痒。偶见超敏反应、皮疹、荨麻疹、局部硬结。

多为轻中度，短期内可自行缓解。详见疫苗说明书。

【接种禁忌】

1. 对该疫苗所含任何成分过敏或注射本品后发生过敏反应者。
2. 已经或准备妊娠的女性推迟接种本品。

【注意事项】

1. 本疫苗自愿自费。
2. 接种后注意在接种现场观察 30 分钟。
3. 接种后如有不适，请及时告知接种医生，严重者请及时就医。
4. 因疫苗特性或受种者个体差异等因素，疫苗保护率并非 100%。
5. 血小板减少症患者或任何凝血功能紊乱患者慎用。

根据受种者或监护人提供的受种者目前健康状况，此次双价人乳头瘤病毒吸附疫苗（杆状病毒）是否可以接种？ ☐是 ☐否（注明原因）

填表医生：_____ 接种日期：_____年____月____日

联系电话：_____ 接种单位（签章）：_____

本栏由受种者或监护人填写

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. 受种者/监护人已阅读并理解该知情同意书内容 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 2. 已向医生提供受种者健康状况 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 3. 医生已询问受种者健康状况和禁忌证 | ☐ 是 | ☐ 否 |

本人同意接种双价人乳头瘤病毒吸附疫苗（杆状病毒）第（ ）剂次

受种者姓名：_____ 出生日期：_____年____月____日

受种者/监护人签名：_____（关系）

填表日期：_____年____月____日

受种者/监护人已验证疫苗种类、批号、有效期等信息
确认签字：_____

附件 2-2

双价人乳头瘤病毒疫苗（毕赤酵母）接种知情同意书

人乳头瘤病毒（HPV）感染可引起宫颈癌、肛门癌、生殖器疣等疾病。研究表明，约 99% 的宫颈癌、88% 的肛门癌、90% 的生殖器疣由 HPV 感染所致。尽早接种 HPV 疫苗、倡导男女共防，是适龄人群预防 HPV 相关疾病的有效手段，通过广泛接种 HPV 疫苗，达成群体免疫，可以有效降低 HPV 相关疾病的发病率、死亡率及其家庭带来的医疗负担，对于防控并最终实现消除 HPV 相关疾病具有重要意义。现针对适龄人群提供 HPV 疫苗优惠接种政策。

【疫苗品种】双价人乳头瘤病毒疫苗（毕赤酵母）

【适用对象】9-30 岁的女性，既往无 HPV 疫苗接种史，无 HPV 疫苗接种禁忌。

【接种程序】

9-30 岁的女性，推荐于 0、2、6 月分别接种 1 剂次，共接种 3 剂次，每剂次 0.5ml。9-14 岁女性也可选择 0、6 月分别接种 1 剂次，每剂次 0.5ml。接种途径为肌肉注射，接种部位首选上臂三角肌。

优惠接种政策：

人群范围	9-14 周岁女性	15-30 周岁女性
时间范围	2025 年 6 月 20 日-10 月 31 日接种第 1 剂次，并在 2026 年 5 月 31 日前完成全程接种	
接种程序	全程 2 剂次，第 0、6 月接种	全程 3 剂次，第 0、2、6 月接种
享受优惠	第 1 剂次自费，第 2 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）	第 1、2 剂次自费，第 3 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）

【不良反应】常见不良反应：头痛、发热、腹泻、恶心、呕吐、关节痛、肌痛、疲劳、咳嗽，注射部位红斑、疼痛、肿胀、瘙痒。偶见超敏反应、皮疹、荨麻疹、局部硬结。多为轻中度，短期内可自行缓解。详见疫苗说明书。

【接种禁忌】

1. 对该疫苗所含任何成分过敏或注射本品后发生过敏反应者。
2. 已经或准备妊娠的女性推迟接种本品。

【注意事项】

1. 本疫苗自愿自费。
2. 接种后注意在接种现场观察 30 分钟。
3. 接种后如有不适，请及时告知接种医生，严重者请及时就医。
4. 因疫苗特性或受种者个体差异等因素，疫苗保护率并非 100%。
5. 血小板减少症患者或任何凝血功能紊乱患者慎用。

根据受种者或监护人提供的受种者目前健康状况，此次双价人乳头瘤病毒疫苗（毕赤酵母）是否可以接种？ ☐是 ☐否（注明原因）

填表医生：_____ 接种日期：_____年_____月_____日

联系电话：_____ 接种单位（签章）：_____

本栏由受种者或监护人填写

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. 受种者/监护人已阅读并理解该知情同意书内容 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 2. 已向医生提供受种者健康状况 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 3. 医生已询问受种者健康状况和禁忌证 | ☐ 是 | ☐ 否 |

本人同意接种双价人乳头瘤病毒疫苗（毕赤酵母）第（ ）剂次

受种者姓名：_____ 出生日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人签名：_____（关系）

填表日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人已验证疫苗种类、批号、有效期等信息
确认签字：_____

附件 2-3

双价人乳头瘤病毒疫苗（大肠杆菌）接种知情同意书

人乳头瘤病毒感染可引起宫颈癌、肛门癌、生殖器疣等疾病。研究表明，约 99% 的宫颈癌、88% 的肛门癌、90% 的生殖器疣由 HPV 感染所致。尽早接种 HPV 疫苗、倡导男女共防，是适龄人群预防 HPV 相关疾病的有效手段，通过广泛接种 HPV 疫苗，达成群体免疫，可以有效降低 HPV 相关疾病的发病率、死亡率及其家庭带来的医疗负担，对于防控并最终实现消除 HPV 相关疾病具有重要意义。现针对适龄人群提供 HPV 疫苗优惠接种政策。

【疫苗品种】双价人乳头瘤病毒疫苗（大肠杆菌）

【适用对象】9-45 岁的女性，既往无 HPV 疫苗接种史，无 HPV 疫苗接种禁忌。

【接种程序】

9-45 岁的女性，推荐于 0、1、6 月分别接种 1 剂次，共接种 3 剂次，每剂次 0.5ml。9-14 岁女性也可选择 0、6 月分别接种 1 剂次的程序，每剂次 0.5ml。接种途径为肌肉注射，接种部位首选上臂三角肌。

优惠接种政策：

人群范围	9-14 周岁女性	15-45 周岁女性
时间范围	2025 年 6 月 20 日-10 月 31 日接种第 1 剂次，并在 2026 年 5 月 31 日前完成全程接种	
接种程序	全程 2 剂次，第 0、6 月接种	全程 3 剂次，第 0、1、6 月接种
享受优惠	第 1 剂次自费，第 2 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）	第 1、2 剂次自费，第 3 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）

【不良反应】常见不良反应：头痛、发热、腹泻、恶心、呕吐、关节痛、肌痛、疲劳、咳嗽，注射部位红斑、疼痛、肿胀、瘙痒。偶见超敏反应、皮疹、荨麻疹、局部硬结。多为轻中度，短期内可自行缓解。详见疫苗说明书。

【接种禁忌】

1. 对该疫苗所含任何成分过敏或注射本品后发生过过敏反应者。
2. 已经或准备妊娠的女性推迟接种本品。

【注意事项】

1. 本疫苗自愿自费。
2. 接种后注意在接种现场观察 30 分钟。
3. 接种后如有不适，请及时告知接种医生，严重者请及时就医。
4. 因疫苗特性或受种者个体差异等因素，疫苗保护率并非 100%。
5. 血小板减少症患者或任何凝血功能紊乱患者慎用。

根据受种者或监护人提供的受种者目前健康状况，此次双价人乳头瘤病毒疫苗（大肠杆菌）是否可以接种？ ☐是 ☐否（注明原因）

填表医生：_____ 接种日期：_____年_____月_____日

联系电话：_____ 接种单位（签章）：_____

本栏由受种者或监护人填写

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. 受种者/监护人已阅读并理解该知情同意书内容 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 2. 已向医生提供受种者健康状况 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 3. 医生已询问受种者健康状况和禁忌证 | ☐ 是 | ☐ 否 |

本人同意接种双价人乳头瘤病毒疫苗（大肠杆菌）第（ ）剂次

受种者姓名：_____ 出生日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人签名：_____（关系）

填表日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人已验证疫苗种类、批号、有效期等信息
确认签字：_____

附件 2-4

四价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）接种知情同意书

人乳头瘤病毒感染可引起宫颈癌、肛门癌、生殖器疣等疾病。研究表明，约 99% 的宫颈癌、88% 的肛门癌、90% 的生殖器疣由 HPV 感染所致。尽早接种 HPV 疫苗、倡导男女共防，是适龄人群预防 HPV 相关疾病的有效手段，通过广泛接种 HPV 疫苗，达成群体免疫，可以有效降低 HPV 相关疾病的发病率、死亡率及其家庭带来的医疗负担，对于防控并最终实现消除 HPV 相关疾病具有重要意义。现针对适龄人群提供 HPV 疫苗优惠接种政策。

【疫苗品种】四价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）

【适用对象】9-45 岁的女性、9-26 岁的男性，既往无 HPV 疫苗接种史，无 HPV 疫苗接种禁忌。

【接种程序】

9-45 岁女性和 9-26 岁男性，推荐于 0、2、6 月分别接种 1 剂次，共接种 3 剂次，每剂次 0.5ml。9-13 岁女性也可选择 0、6 月分别接种 1 剂次的程序，每剂次 0.5ml。接种途径为肌肉注射，接种部位首选上臂三角肌。

优惠接种政策：

人群范围	9-13 周岁女性	14-26、35-45 周岁女性	9-26 周岁男性
时间范围	2025 年 6 月 20 日-10 月 31 日接种第 1 剂次，并在 2026 年 5 月 31 日前完成全程接种		
接种程序	全程 2 剂次，第 0、6 月接种	全程 3 剂次，第 0、2、6 月接种	
享受优惠	第 1 剂次自费，第 2 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）	第 1、2 剂次自费，第 3 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）	

【不良反应】常见不良反应：头痛、发热、腹泻、恶心、呕吐、关节痛、肌痛、疲劳、咳嗽，注射部位红斑、疼痛、肿胀、瘙痒。偶见超敏反应、皮疹、荨麻疹、局部硬结。多为轻中度，短期内可自行缓解。详见疫苗说明书。

【接种禁忌】

1. 对该疫苗所含任何成分过敏或注射本品后发生过敏反应者。
2. 已经或准备妊娠的女性推迟接种本品。

【注意事项】

1. 本疫苗自愿自费。
2. 接种后注意在接种现场观察 30 分钟。
3. 接种后如有不适，请及时告知接种医生，严重者请及时就医。
4. 因疫苗特性或受种者个体差异等因素，疫苗保护率并非 100%。
5. 血小板减少症患者或任何凝血功能紊乱患者慎用。

根据受种者或监护人提供的受种者目前健康状况，此次四价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）是否可以接种？ ☐是 ☐否（注明原因）

填表医生：_____ 接种日期：_____年_____月_____日

联系电话：_____ 接种单位（签章）：_____

本栏由受种者或监护人填写

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. 受种者/监护人已阅读并理解该知情同意书内容 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 2. 已向医生提供受种者健康状况 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 3. 医生已询问受种者健康状况和禁忌证 | ☐ 是 | ☐ 否 |

本人同意接种四价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）第（ ）剂次

受种者姓名：_____ 出生日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人签名：_____（关系）

填表日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人已验证疫苗种类、批号、有效期等信息
确认签字：_____

附件 2-5

九价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）接种知情同意书

人乳头瘤病毒感染可引起宫颈癌、肛门癌、生殖器疣等疾病。研究表明，约 99% 的宫颈癌、88% 的肛门癌、90% 的生殖器疣由 HPV 感染所致。尽早接种 HPV 疫苗、倡导男女共防，是适龄人群预防 HPV 相关疾病的有效手段，通过广泛接种 HPV 疫苗，达成群体免疫，可以有效降低 HPV 相关疾病的发病率、死亡率及其家庭带来的医疗负担，对于防控并最终实现消除 HPV 相关疾病具有重要意义。现针对适龄人群提供 HPV 疫苗优惠接种政策。

【疫苗品种】九价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）

【适用对象】9-45 岁的女性，16-26 岁男性，既往无 HPV 疫苗接种史，无 HPV 疫苗接种禁忌。

【接种程序】

9-45 岁的女性和 16-26 岁的男性，推荐于 0、2、6 月分别接种 1 剂次，共接种 3 剂次，每剂次 0.5ml。9-14 岁女性也可选择 0、6 月分别接种 1 剂次的程序，每剂次 0.5ml。接种途径为肌肉注射，接种部位首选上臂三角肌。

优惠接种政策：

人群范围	9-14周岁女性	15-26、35-45周岁女性	16-26周岁男性
时间范围	2025 年 6 月 20 日-10 月 31 日接种第 1 剂次，并在 2026 年 5 月 31 日前完成全程接种		
接种程序	全程 2 剂次，第 0、6 月接种		全程 3 剂次，第 0、2、6 月接种
享受优惠	第 1 剂次自费，第 2 剂次享受免费政策(不含每剂次接种服务费 20 元)		第 1、2 剂次自费，第 3 剂次享受免费政策（不含每剂次接种服务费 20 元）

【不良反应】常见不良反应：头痛、发热、腹泻、恶心、呕吐、关节痛、肌痛、疲劳、咳嗽，注射部位红斑、疼痛、肿胀、瘙痒。偶见超敏反应、皮疹、荨麻疹、局部硬结。多为轻中度，短期内可自行缓解。详见疫苗说明书。

【接种禁忌】

1. 对该疫苗所含任何成分过敏或注射本品后发生过过敏反应者。
2. 已经或准备妊娠的女性推迟接种本品。

【注意事项】

1. 本疫苗自愿自费。
2. 接种后注意在接种现场观察 30 分钟。
3. 接种后如有不适，请及时告知接种医生，严重者请及时就医。
4. 因疫苗特性或受种者个体差异等因素，疫苗保护率并非 100%。
5. 血小板减少症患者或任何凝血功能紊乱患者慎用。

根据受种者或监护人提供的受种者目前健康状况，此次九价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）是否可以接种？ ☐是 ☐否（注明原因）

填表医生：_____ 接种日期：_____年_____月_____日

联系电话：_____ 接种单位（签章）：_____

本栏由受种者或监护人填写

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. 受种者/监护人已阅读并理解该知情同意书内容 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 2. 已向医生提供受种者健康状况 | ☐ 是 | ☐ 否 |
| 3. 医生已询问受种者健康状况和禁忌证 | ☐ 是 | ☐ 否 |

本人同意接种九价人乳头瘤病毒疫苗（酿酒酵母）第（ ）剂次

受种者姓名：_____ 出生日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人签名：_____（关系）

填表日期：_____年_____月_____日

受种者/监护人已验证疫苗种类、批号、有效期等信息
确认签字：_____