

附件 3

广东省预防脊髓灰质炎疫苗接种知情同意书（2017 年版）

【疾病简介】 脊髓灰质炎（俗称“小儿麻痹症”，以下简称“脊灰”），是由脊灰病毒引起的急性肠道传染病，可引起肢体不对称弛缓性麻痹，部分患者会留下瘫痪后遗症，个别重症者可危及生命。

【疫苗作用】 全程接种 4 剂可有效预防脊灰。鉴于目前全球消灭脊灰进展，为使儿童建立牢固的肠道黏膜免疫，因此不推荐全程接种 IPV。

疫苗名称	I 型 III 型脊髓灰质炎减毒活疫苗 (bOPV)	脊髓灰质炎灭活疫苗 (IPV)	吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌 (结合) 联合疫苗 (简称: 五联疫苗, DTaP-IPV/Hib)
接种费用	免费	第一剂次免费, 其他剂次自愿自费 (各市可根据程序修订印发)	自愿自费
接种禁忌	<ol style="list-style-type: none"> 1. 对该疫苗所含任何成分过敏者。 2. 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、发热者。 3. 免疫缺陷、免疫功能低下或正接受免疫抑制剂治疗者。 4. 妊娠期妇女。 5. 未控制的癫痫或其他进行性神经系统疾病者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 对该疫苗所含任何成分过敏者。 2. 以前接种本疫苗后出现严重过敏反应者。 3. 正处在发热、急性疾病期间者。 4. 患严重慢性疾病者。 5. 过敏体质者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 对该疫苗所含任何成分过敏者。 2. 以往接种过含相同组分的疫苗出现过严重不良反应者。 3. 患进行性脑病者。 4. 以前接种过百日咳疫苗后 7 天内患过脑病者。 5. 患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期和发热者。
不良反应	<ol style="list-style-type: none"> 1. 常见不良反应: 发热、腹泻、烦躁 (易激惹)、呕吐、皮疹等。 2. 罕见不良反应: 寒战、无力 (疲劳)、肌肉疼痛和关节痛、感觉异常、局部麻痹、神经炎及脊髓炎。 3. 极罕见不良反应: 口服后引起脊髓灰质炎疫苗相关病例。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 常见不良反应: 发热; 注射部位疼痛、发红、肿胀、硬结, 嗜睡, 烦躁, 呕吐, 腹泻, 皮疹等。 2. 极罕见不良反应: 注射部位淋巴结肿大, 荨麻疹、血管性水肿、过敏性休克, 中度、一过性关节痛和肌痛, 惊厥 (伴或不伴发热), 头痛、中度和一过性的感觉异常 (主要位于下肢), 兴奋、嗜睡和易激惹, 广泛分布的皮疹, ≤ 28 周早产儿可能出现呼吸暂停。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 常见不良反应: 发热, 注射部位触痛、红斑和硬结, 食欲不振, 呕吐, 腹泻, 易激惹, 异常哭闹, 嗜睡, 睡眠障碍。 2. 罕见不良反应: 重度发热 ($>40^{\circ}\text{C}$), 下肢水肿。 3. 极罕见不良反应: 伴有或不伴有发热的惊厥、低张力低反应现象; 皮疹, 荨麻疹, 格林-巴利综合征或臂丛神经炎; 大面积的注射部位不良反应 (面积 $>5\text{cm}$), 包括扩散至超出注射部位 1 个或 2 个关节的水肿; 妊娠 ≤ 28 周出生的早产儿窒息。

疫苗名称	I 型 III 型脊髓灰质炎减毒活疫苗 (bOPV)	脊髓灰质炎灭活疫苗 (IPV)	吸附无细胞百白破灭活脊髓灰质炎和 b 型流感嗜血杆菌 (结合) 联合疫苗 (简称: 五联疫苗, DTaP-IPV/Hib)
注意事项	1. 家族和个人有惊厥史者、患慢性疾病者、有癫痫史者、过敏体质者慎用。 2. 本品系活疫苗, 如需要应使用 37℃ 以下温水送服, 切勿用热水送服。	1. 血小板减少症或者出血性疾病者慎用。 2. 正在接受免疫抑制剂治疗的患者或患有免疫缺陷者建议在治疗结束后进行接种。 3. 未控制的癫痫患者或其他进行性神经系统疾病患者慎用。	1. 血小板减少症或凝血障碍者慎用。 2. 正在接受免疫抑制剂治疗的患者或患有免疫缺陷者建议在治疗结束后进行接种。 3. 曾经出现过与前一次疫苗注射无关的非热性惊厥者慎用。 4. 曾经接种疫苗出现以下情况者慎用: ① 48 小时内出现的非其他明确病因导致的 $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 发热; ② 接种后 48 小时内出现虚脱或休克样症状 (低张力低反应现象); ③ 接种后 48 小时内出现超过 3 小时、持续且无法安抚的哭闹; ④ 接种后 3 天内出现惊厥; ⑤ 接种后出现格林-巴利综合征或臂丛神经炎者慎用, 但对于接种少于 3 剂次的婴儿, 可继续接种。

请您认真阅读以上内容, 如实提供受种者的健康状况。有不明事项请咨询接种医生。因疫苗特性或受种者个体差异等因素, 疫苗保护率并非 100%。

受种者姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我同意选择接种: ① I 型 III 型脊髓灰质炎减毒活疫苗 (bOPV) ; ② 免费脊髓灰质炎灭活疫苗 ; ③ 自费脊髓灰质炎灭活疫苗 ; ④ 五联疫苗 (DTaP-IPV/Hib) (请在方框内打“√”), 并阅读和提供《受种者健康状况询问表》的内容。

监护人/受种者 (签名): _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医护人员 (签名): _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

广东省卫生和计划生育委员会制发