

附件 4

广东省预防百日咳、白喉、破伤风相关疫苗 接种知情同意书（2017 年版）

【疾病简介】百日咳是由百日咳杆菌引起的急性呼吸道传染病，主要症状为阵发性痉挛性咳嗽，咳后吸气有特殊“鸡鸣”样高亢声，易并发肺炎及脑病。白喉是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病，主要症状为鼻、咽、喉等处粘膜充血、肿胀，局部形成灰白色假膜，严重者可造成气道堵塞，也可引起心肌炎等中毒症状。破伤风是由伤口感染破伤风杆菌后引起的一种严重感染性疾病，以特有的肌肉强直和阵发性痉挛为特点，喉痉挛窒息、严重肺部感染及全身衰竭为常见的致死原因。

【疫苗作用】全程接种 4 剂可有效预防百日咳、白喉、破伤风。以下各类含百白破成分疫苗预防上述三种疾病效果相近。

疫苗名称	吸附无细胞百白破联合疫苗	吸附无细胞百白破和 b 型流感嗜血杆菌联合疫苗（简称：四联疫苗，DTaP/Hib）	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	自愿自费	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和发热者。 3. 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。 4. 以往接种过含相同组分的疫苗出现过严重不良反应者。 	<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. 有癫痫、神经系统疾病及惊厥史者。 4. 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。 	<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、红肿、疼痛、发痒等。 2. 罕见不良反应：烦躁、厌食、呕吐精神不振、重度发热、局部硬结。 3. 极罕见不良反应：局部无细菌性化脓过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、血管神经性水肿、神经系统反应。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 常见不良反应：发热，注射部位红肿、硬结/肿胀、疼痛，腹泻，荨麻疹，瘙痒。 2. 罕见不良反应：注射部位硬结/肿胀或红斑直径大于 3.0 厘米，发热高于 39℃、哺乳或进食障碍、恶心呕吐、易激惹。 	<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℃），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> 5cm），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	吸附无细胞百白破联合疫苗	吸附无细胞百白破和b型流感嗜血杆菌联合疫苗（简称：四联疫苗，DTaP/Hib）	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.家庭和个人有惊厥史者、患慢性疾病者、有癫痫史者、过敏体质者慎用。 2.曾经接种疫苗出现以下情况者慎用：①48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。	1.有血小板减少症和出血性疾病的患者慎用。 2.恶性肿瘤患者、正在接受免疫抑制剂治疗的患者或存在其他免疫功能缺陷接种后可能无法获得应有的免疫保护效果。 3.曾经接种疫苗出现以下情况者慎用：①48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。	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：①48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吸附无细胞百白破联合疫苗；②四联疫苗（DTaP/Hib）；③五联疫苗（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