

附件 13

广东省预防 b 型流感嗜血杆菌疫苗接种知情同意书 (2017 年版)

【疾病简介】b 型流感嗜血杆菌 (Hib) 是引起小儿严重细菌感染的主要致病菌, 呼吸道传播, 能造成脑膜炎、肺炎、菌血症、会厌炎、蜂窝织炎、关节炎等疾病。

【疫苗作用】预防 b 型流感嗜血杆菌引起的侵袭性疾病。以下疫苗预防 b 型流感嗜血杆菌感染效果相近。

疫苗名称	b 型流感嗜血杆菌结合疫苗	吸附无细胞百白破和 b 型流感嗜血杆菌联合疫苗 (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 (五联疫苗, DTaP-IPV/Hib)	AC 群脑膜炎球菌 (结合) b 型流感嗜血杆菌 (结合) 联合疫苗
接种费用	自愿自费	自愿自费	自愿自费	自愿自费
接种禁忌	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. 患严重心脏病、高血压、肝脏疾病、肾脏疾病、活动性肺结核患者。	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。	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。	1. 对该疫苗所含任何成分过敏者。 2. 患脑病、未控制的癫痫、抽风和其他进行性神经系统疾病者。 3. 严重心脏疾病、高血压、肝脏疾病、肾脏疾病、活动性结核患者及 HIV 感染者。 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。
不良反应	1. 常见不良反应: 轻微红肿、硬结、压痛, 局部搔痒感, 一过性发热。 2. 罕见不良反应: 烦躁、嗜睡、呕吐、腹泻、食欲不振、非典型皮疹。	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、	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	1. 常见不良反应: 发热、局部发红、肿胀、硬结、疼痛, 烦躁、腹泻、厌食、呕吐、乏力、皮疹。 2. 偶见不良反应: 水泡、瘙痒、过敏反应等。

疫苗名称	b 型流感嗜血杆菌结合疫苗	吸附无细胞百白破和 b 型流感嗜血杆菌联合疫苗（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（五联疫苗，DTaP-IPV/Hib）	AC 群脑膜炎球菌（结合）b 型流感嗜血杆菌（结合）联合疫苗
	3.极罕见不良反应：变态反应、血管性水肿、低张—低反应性发作、惊厥、晕厥、注射性血管迷走神经反应、呼吸暂停、荨麻疹、皮疹、整个注射肢肿胀、注射部位硬结。	恶心呕吐、易激惹。	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。	
注意事项	1.家族和个人有惊厥史、患慢性疾病、有癫痫史、过敏体质者慎用。 2.接受免疫抑制治疗或免疫缺陷患者注射本疫苗可能影响疫苗的免疫效果。	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≥40℃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≥40℃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。	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。

请您认真阅读以上内容，如实提供受种者的健康状况。有不明确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 b 型流感嗜血杆菌结合疫苗 ；② 四联疫苗 (DTaP/Hib) ；③ 五联疫苗 (DTaP-IPV/Hib) ；④ AC 群脑膜炎球菌 (结合) b 型流感嗜血杆菌 (结合) 联合疫苗 (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