山东省卡介苗预防接种知情同意书

**【疾病简介】**结核病是由结核杆菌引起的严重危害人类健康的传染病，通过呼吸道传播，肺部是常见感染部位，可累及全身多器官系统，传播到脑部可引起结核性脑膜炎。

**【疫苗作用】**预防儿童结核病，特别是对婴幼儿结核性脑膜炎和粟粒型肺结核有预防作用。

**【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. 免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗者。
4. 患脑病、未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。
5. 妊娠期妇女。
6. 患湿疹或其他皮肤病患者。

**【不良反应】**

1. 常见不良反应：一过性发热、红肿、化脓、溃疡、淋巴结肿大。
2. 罕见不良反应：严重淋巴结反应。
3. 极罕见不良反应：骨髓炎、过敏性皮疹、过敏性紫癜、播散性卡介苗感染。

**【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、哺乳期妇女慎用。
2. 注射免疫球蛋白者至少间隔1个月以上接种本疫苗。
3. 未接种卡介苗的小于3月龄儿童可直接补种，3月龄～3岁儿童对PPD试验阴性者补种，4岁及以上儿童不予补种。

**【郑重提示】**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%。**接种后请在现场留观30分钟。接种该疫苗免费。**

………………………………………………………………………………………………

受种者姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 我已阅读并**同意**接种**免费**卡介苗。  受种者/监护人（签名）: 日期： 年 月 日 |
| 我已阅读但**不同意**接种。受种者/监护人（签名）: 日期： 年 月 日 |