山东省水痘减毒活疫苗预防接种

知情同意书

**【疾病简介】**水痘是由水痘带状疱疹病毒引起的急性传染病，儿童常见。主要症状为全身皮肤分批出现散在的斑疹、丘疹和水疱疹，严重者引发肺炎或脑炎，甚至死亡。

**【疫苗作用】**预防水痘。

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

**【不良反应】**

1. 常见不良反应：疼痛、触痛、红肿、瘙痒，散在皮疹或水痘样疱疹，一过性发热。
2. 罕见不良反应：重度发热。
3. 极罕见不良反应：过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜等。

**【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. 注射免疫球蛋白者应至少间隔3个月以上接种本疫苗。
3. 育龄期妇女接种本疫苗后至少3个月内避免怀孕。

**【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。**接种后如有不适，请及时告知接种医生，严重者请及时就医。**本疫苗自愿自费接种。**

…………………………………………………………………………………………

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∕收费**水痘减毒活疫苗。  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 |