山东省b型流感嗜血杆菌疫苗

预防接种知情同意书

【**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（含辅料及抗生素，以及破伤风类毒素）过敏者禁用。  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禁用。  3.患严重心脏病、高血压，患肝脏疾病、肾脏疾病者禁用。 | 1.对该疫苗所含任何成分过敏者，或以往接种百日咳、白喉、破伤风和b型流感嗜血杆菌疫苗有过敏反应者。  2.有癫痫、神经系统疾病及惊厥史者。  3.对中度或严重疾病儿童，包括急性传染病（包括恢复期）及发热者暂缓接种。  4.患有进行性脑病。 | 1.对该疫苗所含任何成分过敏者，或是以前接种过含相同组份的疫苗出现过危及生命的不良反应者。  2.患进行性脑病者。  3.以前接种过百日咳疫苗后7天内患过脑病者。  4.发热或急性疾病期间推迟接种。 | 1.对该疫苗所含任何成分过敏者，特别对破伤风类毒素过敏者。  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。  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、嗜睡、呼吸暂停、荨麻疹、皮疹、整个注射肢肿胀、注射部位硬结。 | 1.常见不良反应：发热、红肿、硬结、疼痛、腹泻、荨麻疹、瘙痒。  2.罕见不良反应：硬结、肿胀、红斑直径大于3.0厘米、高热、哺乳或进食障碍、恶心呕吐、易激惹。 | 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，嗜睡，睡眠障碍。  2.罕见不良反应：重度发热，下肢水肿。 | 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。 |
| 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。  3.患急性严重发热性疾病者应推迟接种本疫苗。 | 1.注射第1针后若出现高热、惊厥等异常情况者，不建议注射第2针。  2.有血小板减少症和出血性疾病的患者慎用。  3.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。  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。 | 1.极早早产儿（胎龄不超过28周），特别是既往有呼吸不成熟史者，接种后进行48～72小时的呼吸监测。  2.血小板减少症或凝血障碍者慎用。  3.戊二醛、新霉素、链霉素和多粘菌素B过敏者慎用。  4.曾经出现过与前一次疫苗注射无关的非热性惊厥者慎用。  5.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。  6.正在接受免疫抑制剂的治疗或患有免疫缺陷者建议在治疗结束后进行接种。患有慢性免疫缺陷如HIV感染的患者建议接种。 | 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。任何情况下，疫苗中的破伤风类毒素不能代替常规破伤风类毒素的免疫接种。 |

**【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**选择接种：①**收费**b型流感嗜血杆菌结合疫苗 **□**；②**收费**四联疫苗（DTaP/Hib）**□**；③**收费**五联疫苗（DTaP-IPV/Hib）**□;**④**收费**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“√”）。  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 |