山东省脊髓灰质炎疫苗预防接种

知情同意书

**【疾病简介】**脊髓灰质炎（俗称“小儿麻痹症”，以下简称“脊灰”），是由脊灰病毒引起的急性肠道传染病，可引起肢体不对称弛缓性麻痹，部分患者会留下瘫痪后遗症，个别重症者可危及生命。

**【疫苗作用】**全程接种4剂可有效预防脊灰。我国于2016年5月1日起实施新的脊灰疫苗免疫策略，即儿童2月龄接种1剂脊髓灰质炎灭活疫苗（IPV），3月龄、4月龄和4周岁各接种1剂I型III型脊髓灰质炎减毒活疫苗（bOPV）。鉴于目前全球消灭脊灰进展，为增加儿童建立牢固的肠道黏膜免疫，因此不推荐全程接种IPV。

| **疫苗**  **名称** | **I型III型脊髓灰质炎减毒活疫苗**  **（bOPV）** | **脊髓灰质炎灭活疫苗**  **（IPV）** | **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** | **第一剂次免费，**  **其它剂次自愿自费** | **自愿自费** |
| 接种  禁忌 | 1.对该疫苗所含任何成分过敏者，如对硫酸庆大霉素过敏者。  2.患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、发热者。  3.免疫缺陷、免疫功能低下或正接受免疫抑制剂治疗者。  4.妊娠期妇女。  5.未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。 | Salk株IPV:  1.对该疫苗所含任何成分过敏者，如对新霉素、链霉素和多粘菌素B等过敏者。  2.以前接种本疫苗过敏者。  3.正处在发热、急性疾病期间者。  Sabin株IPV:  1.对该疫苗所含任何成分过敏者，如对卡那霉素过敏者。  2.以前接种本疫苗过敏者。  3.正处在发热、急性疾病期间者。  4.患严重慢性疾病者。  5.过敏体质者。 | 1.对该疫苗所含任何成分过敏者。  2.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。  3.正处在发热或急性疾病期间者。  4.患进行性脑病者。  5.以前接种过百日咳疫苗后7天内患过脑病者。 |
| 不良  反应 | 1.常见不良反应：发热、腹泻、烦躁（易激惹）、呕吐、皮疹等。  2.罕见不良反应：寒战、无力（疲劳）、肌肉疼痛和关节痛感觉异常、局部麻痹、神经炎及脊髓炎。  3.极罕见不良反应：口服后引起脊髓灰质炎疫苗相关病例。 | 1.常见不良反应：疼痛、发红、硬结、烦躁、呕吐、腹泻、一过性发热、皮疹等。  2.罕见不良反应：肿胀和淋巴结肿大；荨麻疹、血管性水肿、过敏性休克；中度、一过性关节痛和肌痛；惊厥，头痛、中度和一过性的感觉异常；兴奋、嗜睡和易激惹；皮疹等。 | 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，神经过敏、易激惹，异常哭闹。嗜睡，睡眠障碍。  2.偶见不良反应：常时间无法安抚的哭闹，注射部位发红和肿胀≥5厘米  3.罕见不良反应：重度发热，下肢水肿。  4.未知频率不良反应：速发型过敏反应（如面部水肿、血管性水肿、Quinck’s水肿、过敏反应、休克），惊厥，低张力低反应现象，皮疹，红斑，风疹，大面积的注射部位不良反应（＞5厘米）可伴有紫绀、红斑、一过性紫癜和剧烈哭闹。  5.可能出现的不良反应：格林-巴利综合征，臂丛神经炎。 |
| 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、过敏体质者慎用。  2.本品系活疫苗，如需要应使用37℃以下温水送服，切勿用热水送服。  3.注射免疫球蛋白者应至少间隔3个月以上接种本疫苗。 | 1.血小板减少症或者出血性疾病者慎用。  2.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。 | 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。 |

**【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。

…………………………………………………………………………………………

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**免费**I型III型脊髓灰质炎减毒活疫苗（bOPV）□；②**免费／收费**Sabin株脊髓灰质炎灭活疫苗（国产IPV）□；③**免费／收费**Salk株脊髓灰质炎灭活疫苗（进口IPV）□；④**收费**五联疫苗（DTaP-IPV/Hib）□（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 |