山东省风疹疫苗预防接种

知情同意书

**【疾病简介】**风疹是由风疹病毒引起的急性呼吸道传染病，临床表现为低热、轻度上呼吸道炎症，耳后、枕后淋巴结肿大及全身性皮肤斑丘疹，孕妇感染风疹易导致流产和胎儿先天性畸形。

**【疫苗作用】**预防风疹。

**【接种禁忌】**

1. 对该疫苗所含任何成分过敏者。
2. 患急性疾病者、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。

**【不良反应】**

1. 见不良反应：疼痛和触痛、皮疹、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、成人接种风疹疫苗后发生关节炎。

**【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、哺乳期妇女慎用。
2. 育龄期妇女注射本疫苗后应至少3个月内避免怀孕。
3. 使用免疫球蛋白后3个月内避免接种，否则可能影响效果。

**【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**收费**风疹疫苗。 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 |