山东省重组B亚单位/菌体霍乱疫苗

预防接种知情同意书

**【疾病简介】**霍乱是霍乱弧菌引起的急性肠道传染病，主要症状是水样腹泻，可迅速造成脱水，严重者可造成休克和酸中毒，甚至死亡。肠产毒性大肠杆菌腹泻为发展中国家婴儿腹泻的重要病因，也是儿童、成人以及旅游者腹泻的病因之一，临床表现为水样腹泻，常有中度或重度脱水。

**【预防疾病】**预防霍乱和肠产毒性大肠杆菌所致腹泻。

**【接种禁忌】**

对该疫苗所含任何成分过敏者。

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。

孕妇及2岁以下婴幼儿。

**【不良反应】**轻度腹痛、荨麻疹、恶心、腹泻。

**【注意事项】**

建议在2岁或以上的儿童、青少年以及有接触或传播危险的成人中使用。

急性感染或发热性疾病患者需推迟服苗，除非医生认为不接种会导致更大的危险。

于餐后2小时服苗，服苗后1小时勿进食。服苗后2天内忌食生冷、油腻、酸辣食品。

主要用于卫生条件较差、霍乱流行的地区和受霍乱流行感染威胁地区的人群；旅游者、旅游服务人员；水上居民；遭受自然灾害地区的人员；下水道、粪便、垃圾处理人员等。

**【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**重组B亚单位/菌体霍乱疫苗。 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 |