山东省百日咳、白喉、破伤风疫苗

预防接种知情同意书

**【疾病简介**】百日咳是由百日咳杆菌引起的急性呼吸道传染病，主要症状为阵发性痉挛性咳嗽，咳后吸气有特殊“鸡鸣”样高亢声，易并发肺炎及脑病。白喉是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病，主要症状为鼻、咽、喉等处粘膜充血、肿胀，局部形成灰白色假膜，严重者可造成气道堵塞，也可引起心肌炎等中毒症状。破伤风是由伤口感染破伤风杆菌后引起的一种严重感染性疾病，以特有的肌肉强直和阵发性痉挛为特点，喉痉挛窒息、严重肺部感染及全身衰竭为常见的致死原因。

**【疫苗作用**】全程接种4剂可有效预防百日咳、白喉、破伤风。以下各类含百白破成分疫苗预防上述三种疾病效果相近。

| **疫苗名称** | **吸附无细胞百白破****联合疫苗** | **吸附无细胞百白破和b型流感嗜血杆菌联合疫苗（简称：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（简称：五联疫苗，DTaP-IPV/Hib）** |
| --- | --- | --- | --- |
| 接种费用 | **免费** | **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。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.患脑病、未控制的癲痫和其他进行性神经系统疾病者。4.注射百日咳、白喉、破伤风疫苗后发生神经系统反应者。 | 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。 | 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、红肿、疼痛、发痒等。2.罕见不良反应：烦躁、厌食、呕吐精神不振、重度发热、局部硬结。3.极罕见不良反应：局部无菌性化脓过敏性皮疹、过敏性休克、过敏性紫癜、血管神经性水肿、神经系统反应。 | 1.常见不良反应：发热、红肿、硬结、疼痛、腹泻、荨麻疹、瘙痒。2.偶见不良反应：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，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.家庭和个人有惊厥史者、患慢性疾病者、有癫痫史者、过敏体质者慎用。2.注射第1针后出现高热、惊厥等异常情况者，不得再注射第2针。注射后局部可能有硬结，1～2个月即可吸收，注射第2针时应换另侧部位。3.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.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者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。 |

**【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**吸附无细胞百白破联合疫苗**□**；②**收费**四联疫苗（DTaP/Hib）**□**；③**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 |