山东省伤寒Vi多糖疫苗预防接种

知情同意书

**【疾病简介】**伤寒是由伤寒杆菌引起的急性传染病，主要症状为持续发热、全身中毒症状与消化道症状、玫瑰疹、肝脾肿大等，严重者可引起肠出血、肠穿孔。

**【预防疾病】**预防伤寒。

**【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。

妊娠期、月经期及哺乳期妇女。

**【不良反应】**

1. 常见不良反应：短暂低热，局部压痛。
2. 极罕见不良反应：过敏性皮疹。

**【注意事项】**

1. 家族和个人有惊厥史者、慢性疾病者、有癫痫史者、过敏体质者、哺乳期妇女慎用。
2. 主要用于部队、港口、铁路沿线的工作人员，下水道、粪便、垃圾处理人员，饮食行业、医务防疫人员及水上居民或有本病流行地区的人群。

**【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**伤寒Vi多糖疫苗。  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 |