附件2：

新型冠状病毒疫苗接种知情同意书

【疾病介绍】新型冠状病毒肺炎（新冠肺炎，COVID-19）为新发急性呼吸道传染病。临床主要表现是发热、干咳、乏力，少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、 结膜炎、肌痛和腹泻等症状。多数患者预后良好，少数患者病情危重。随着疫情的蔓延，对全球公众健康构成严重威胁。根据当前新冠肺炎防控需要，为适龄人群开展新型冠状病毒疫苗接种。

【疫苗介绍】本疫苗为新型冠状病毒灭活疫苗。主要成为灭活的新型冠状病毒，辅料为氯化钠、氢氧化铝、磷酸二氢钠、磷酸氢二钠等。疫苗具体生产企业及其信息详见疫苗说明书。

【疫苗作用】接种本品可刺激机体产生抗新型冠状病毒的免疫力，用于预防新型冠状病毒引起的疾病。

【接种禁忌】疫苗接种禁忌参照产品说明书。

通常接种疫苗的禁忌包括：（1）对疫苗或疫苗成分过敏者；（2）患急性疾病者；（3）处于慢性疾病的急性发作期者；（4）正在发热者；（5）妊娠期妇女。

【不良反应】接种疫苗后发生局部不良反应以接种部位疼痛为主，还包括局部瘙痒、肿胀、硬结和红晕等，全身不良反应以疲劳乏力为主，还包括发热、肌肉痛、头痛、咳嗽、腹泻、恶心、厌食和过敏等。

如经调查诊断或鉴定，结论为异常反应或不能排除，可按程序进行相关补偿。

【注意事项】接种后留观30分钟；如接种后出现不适应及时就医，并报告接种单位。与其他疫苗一样，接种本疫苗可能无法对所有受种者产生100%的保护效果。以上内容可详见疫苗说明书。

以下问题可以帮助受种者本次是否可以接种本疫苗。如果对任何问题的回答为 “是”，并不表示受种者不应接种本疫苗，而只是表示还需要询问其他问题。如果对有些问题不清楚，可要求医务人员说明。请您在相应栏目上进行选择（用打“√”表示），并在签名处签字确认。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **健康状况** | **是或否** | | **备注** |
| 1、近几天有发热、腹泻等不舒服吗？ | 是□ | 否□ |  |
| 2、是否对食物、药物等过敏？ | 是□ | 否□ |  |
| 3、是否对疫苗成分过敏或者曾经在接种疫苗后出现过严重反应？ | 是□ | 否□ |  |
| 4、是否有癫痫、惊厥、脑病或其他神经系统疾病？ | 是□ | 否□ |  |
| 5、是否患有癌症、白血病、艾滋病或其他免疫系统疾病？ | 是□ | 否□ |  |
| 6、在过去三个月内，是否使用过可的松、强的松、其他类固醇或抗肿瘤药物，或进行过放射性治疗？ | 是□ | 否□ |  |
| 7、有哮喘、肛周脓肿、肠套叠、肺部疾病、心脏疾病、肾脏疾病、代谢性疾病（如糖尿病）或血液系统疾病吗？ | 是□ | 否□ |  |
| 8、在过去一年内，是否接受过输血或血液制品或使用过免疫球蛋白？ | 是□ | 否□ |  |
| 9、在过去一个月内是否接种过减毒活疫苗？ | 是□ | 否□ |  |
| 10、是否怀孕或有可能3个月内怀孕？（仅问育龄妇女） | 是□ | 否□ |  |
| 11、其他： | 是□ | 否□ |  |

**医学建议：1.建议接种□； 2.推迟接种□； 3.不宜接种□。**

**对不宜接种者，具体建议**

**本人或受种者监护人已接受健康询问，同意医学建议。**

【疫苗品种】 **□**新型冠状病毒灭活疫苗（Vero细胞）

**□**重组新型冠状病毒疫苗（腺病毒载体）

**□**重组新型冠状病毒疫苗（CHO细胞）

医疗卫生人员签名： 日期： 年 月 日

受种者姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

受种者/监护人签名： 日期： 年 月 日

监护人与受种者的关系：○母亲 ○父亲 ○其他(请注明)\_\_\_\_\_\_\_\_

接种部位：左上臂（ ）、 右上臂（ ）

接种时间： 时 分 请留观到： 时 分

接种单位联系电话：

接种单位（盖章）： **（娄底市疾病预防控制中心监制）**