

# 新型冠状病毒疫苗知情同意书

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。

**【疫苗品种】**新型冠状病毒灭活疫苗。

**【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。

**【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。

**【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。

**【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。

**【异常反应补偿】**如经调查诊断或鉴定，结论为异常反应或不能排除，由疫苗企业进行补偿。

**【健康档案查阅】**确保接种信息及时更新至个人档案。查阅流程：打开微信公众号“湖南省居民健康卡”→点击“健康卡”→健康档案→显示已建档→根据提示进行人脸识别后，即可查阅本人门诊、住院、接种、体检、随访等记录和健康史→如信息有误选择问题反馈提交（如显示未建档在居民电子健康档案处“点击申请”即可）。

请您认真阅读以上内容，查阅“健康档案”并如实提供受种者的健康状况和是否有接种禁忌等情况。

\_\_\_\_\_ 本栏由受种者或监护人填写

本人已了解上述信息，承诺如实提供健康状况和是否有接种禁忌等情况。

受种者/监护人：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

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

为了保证安全有效地接种，医护人员将询问以下健康信息并提出医学建议。

健康状况	是或否		备注
1. 近几天有发热、腹泻等不舒服吗？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
2. 是否对药物、食物等过敏？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
3. 是否对疫苗成分过敏或曾经在接种疫苗后出现过严重反应？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
4. 是否有癫痫、惊厥、脑病或其他神经系统疾病？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
5. 是否患有癌症、白血病、艾滋病或其他免疫系统疾病？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
8. 严重慢性疾病*	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
9. 在过去的一年内，是否接受过输血或血液制品、或使用过免疫球蛋白？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
10. 在过去1个月内是否接种过减毒活疫苗？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
11. 是否怀孕或有可能3个月内怀孕？（仅需询问育龄妇女）	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
12. 其他：	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	

\* 号表示本疫苗接种慎用情况

医学建议：您此次新型冠状病毒灭活疫苗接种  建议接种  推迟接种  不宜接种

医护人员： 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

联系电话： 接种单位(盖章)：

本人已接受健康询问，同意医学建议。

受种者/监护人： 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日