

接种时间：  
留观结束时间：

身份证号：

电话号码：

受种者姓名：签本人名字

## 接种新型冠状病毒灭活疫苗知情同意书

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，按照国家相关要求，北京市为适龄人群开展新型冠状病毒疫苗接种。

1.【疫苗品种】新型冠状病毒灭活疫苗。

2.【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。

3.【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、硬结和红肿等，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。

4.【接种禁忌】已知对本品所含任何成分(包括辅料)过敏者；既往发生过疫苗严重过敏反应者(如急性过敏反应、血管神经性水肿、呼吸困难等)；患有未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者，患有脱髓鞘疾病(格林巴利综合征)等病史者；妊娠期及哺乳期妇女；发热、急性疾病期患者及慢性疾病急性发作者。接种本品后出现任何神经系统不良反应者。

5.【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，分类为异常反应，由保险公司进行补偿。

请您认真阅读以上内容，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：签本人名字 日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 (填写接种当天日期)  
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。

|                               |                         |                                    |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| ● 发热、各种急性疾病、慢性疾病急性发作期         | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 对疫苗或疫苗成分过敏，既往发生过疫苗严重过敏反应    | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 未控制的癫痫、脑病、其他进行性神经系统疾病       | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 妊娠期及哺乳期妇女                   | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 严重慢性疾病*                     | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 过敏体质*                       | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 精神疾病史或家族史*                  | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 患有血小板减少症或者出血性疾病*            | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |
| ● 免疫功能受损(例如恶性肿瘤、肾病综合征、艾滋病患者)* | <input type="radio"/> 是 | <input checked="" type="radio"/> 否 |

①无接种禁忌的在这里面“√”

②有疑问的先填，现场咨询医生再填。

\* 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 不直接种

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

联系电话：62338236转30或113或115 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：签本人名字 日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 (填接种当天日期)

本知情同意书一式两份(受种者或监护人 1 份、接种单位 1 份)，请妥善保管 5 年

北京市疾病预防控制中心统一印制

请认真阅读