

附件 26

广东省重组 B 亚单位/菌体霍乱疫苗接种知情同意书 (2017 年版)

【疾病简介】霍乱是霍乱弧菌引起的急性肠道传染病，主要症状是水样腹泻，可迅速造成脱水，严重者可造成休克和酸中毒，甚至死亡。产毒性大肠杆菌肠炎由产毒性大肠杆菌引起，为自限性疾病，临床表现类似霍乱，出现水样腹泻，常有中或重度脱水。

【疫苗作用】预防霍乱和产毒性大肠杆菌旅行者腹泻。

【接种禁忌】

1. 发烧，患严重高血压，心、肝、肾脏病者以及患严重传染病（获得性免疫缺陷综合征及活动性结核）者。
2. 孕妇及 2 岁以下婴幼儿。
3. 对本制剂过敏或服后发现不良反应者，停止使用。

【不良反应】发热、轻度腹痛、荨麻疹、恶心、腹泻、疲乏等。

【注意事项】

1. 于餐后 2 小时服苗，服苗后 1 小时勿进食。肠溶胶囊型疫苗与抗酸剂配合使用时，服苗后 1 小时内勿服用饮料。
2. 主要用于卫生条件较差、霍乱流行的地区和受霍乱感染威胁的人群。

请您认真阅读以上内容，**如实提供受种者的健康状况**。如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%。**本疫苗自愿自费接种。**

受种者姓名：_____ 性别：____ 出生日期：_____年____月____日

我同意接种，并阅读和提供《受种者健康状况询问表》的内容。

监护人/受种者（签名）：_____ 日期：_____年____月____日

医护人员（签名）：_____ 日期：_____年____月____日

广东省卫生和计划生育委员会制发