# 百白破预防接种前知情同意告知单

来源：网络 作者：轻吟低唱 更新时间：2025-01-21

*国家第一类疫苗免费接种吸附无细胞百白破联合疫苗预防接种前知情同意告知白喉由白喉棒状杆菌引起，通过呼吸道传播，临床特征为局部灰白色假膜和全身毒血症症状，重症病例可并发心肌炎和神经末梢麻痹。百日咳由百日咳杆菌引起，通过呼吸道传播，以阵发性及痉挛...*

国家第一类疫苗

免费接种

吸附无细胞百白破联合疫苗预防接种前知情同意告知

白喉由白喉棒状杆菌引起，通过呼吸道传播，临床特征为局部灰白色假膜和全身毒血症症状，重症病例可并发心肌炎和神经末梢麻痹。百日咳由百日咳杆菌引起，通过呼吸道传播，以阵发性及痉挛性咳嗽终止时伴有鸡鸣样吸气吼声为特征，常合并肺炎及脑病而导致婴儿死亡。破伤风由破伤风芽孢杆菌引起，通过污染的伤口传播。破伤风杆菌可产生破伤风毒素，破坏神经的正常抑制性调节功能，以致肌肉痉挛运动失调，产生肌肉强直和阵发性痉挛的症状，最后可因窒息、心力衰竭死亡。接种吸附无细胞百白破联合疫苗是预防以上三种疾病的有效手段。

一、疫苗特性

目前我国生产和使用的是三联疫苗，其有效成分是百日咳杆菌有效组分、白喉类毒素及破伤风类毒素。在适龄对象完成三次基础免疫和1次加强免疫后，百日咳免疫效果为75%～90%，血清抗体免疫力至少维持3年；白喉类毒素的免疫持久性至少可以维持8年；破伤风类毒素血清阳转率可达100%，并至少可提供5年保护期限。

二、可能出现的接种反应

常见不良反应为接种部位出现红肿、疼痛、硬结等局部反应或低热、疲倦、头痛等全身反应，局部反应的发生率约为29.72%，全身反应发生率约为9.84%。

三、接种剂量和接种途径

每人次肌内注射0.5ml剂量。

四、接种对象

3个月～6周岁儿童。

五、免疫程序

国家规定的全程免疫程序是3、4、5月龄各接种一剂，18-24月龄加强一剂。

六、禁忌症

1、已知对该疫苗的任何组分包括辅料过敏者。

2、患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期及发热者。

3、患脑病、癫痫、神经系统疾病及惊厥史者。

4、注射百日咳、白喉、破伤风疫苗后发生神经系统反应者。

七、接种前注意事项

1、在接种疫苗之前，家长应如实向医生反映孩子的既往病史和近期的身体状况，家族病史及以往疫苗接种反应情况等，以便工作人员判断是否可以实施本疫苗接种。

2、接种前注意保持皮肤清洁，防止感染。

3、空腹和疲劳时不宜接种，防止出现“晕针”。

4、如孩子接种前有以下情况之一者，应暂缓接种或不予接种。

（1）近期有发热、腹泻等任何不适症状的，应暂缓接种。

（2）凡患有急性疾病、正在发热或伴有明显全身不适症状的，应暂缓接种。

（3）在急性传染病的潜伏期、前驱期、发病期及恢复期（指病后1个月内），应暂缓接种。

（4）在慢性疾病的急性发作期，应暂缓接种，待好转后补种。

（5）严重营养不良的婴幼儿，尤其是1周岁以下患有严重营养不良及消化功能紊乱者、佝偻病的婴儿，不宜接种疫苗。

（6）有过敏性喉头水肿、过敏性休克、阿瑟氏反应、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、支气管哮喘、荨麻疹、食物过敏史等过敏体质者，在接种前应告知医生，由医生判断本疫苗的成分中是否含有该过敏原，如有，则不予接种。

（7）患有活动性肺结核、急慢性肾脏病变、心脏代偿功能不全、先天性心脏病、血液系统疾患等严重慢性疾病患者，和活动性风湿病、严重皮肤病患者等，应暂缓接种。

（8）凡有神经系统疾患和癫痫、癔病、脑炎后遗症、惊厥史等者，以及所患疾病已痊愈者，接种疫苗应持慎重态度，儿童家长要事先说明情况，与医生进行交流、沟通，并遵循医嘱。

（9）凡有血友病、凝血功能障碍者，也应慎种疫苗。

八、接种后注意事项

1、接种疫苗后应在接种场所留观30分钟，无异常情况后方可离开，如出现不良反应要立即处理和报告。

2、婴幼儿接种疫苗后，回家的路上不要抱得太紧，防止因挤压造成窒息。

3、婴幼儿接种疫苗后，当天不宜洗澡，不要作激烈活动。

4、给婴儿喂奶的姿势要正确，不要让婴儿仰睡着吃奶。

5、喂奶后，应将婴儿竖抱并轻拍背部，排出胃内空气，不要让婴儿立刻仰睡。

6、请不要在婴幼儿睡觉的房间内抽烟。

7、婴幼儿睡觉时，最好有一个单独的婴儿床，尽量避免与成人睡一张床；如果与成人睡一张床的，婴幼儿应有单独的被窝，不能与成人睡在一个被窝。

8、在冬季，婴幼儿睡觉时穿的衣服不要太厚、太紧，盖被子不要太厚重，不能用毛巾被或盖被等让婴幼儿蒙脸睡觉。

9、请在每次疫苗接种后注意看护和观察，如发现婴幼儿有任何不适的临床症状和体征，应第一时间向接种单位报告并到医院就诊。

九、类别及费用

本疫苗是按国家规定通过招标采购提供的第一类疫苗，免费接种。如确定由疫苗引起的异常反应，依据国家有关法律规定进行补偿。

我已认真阅读并知晓了相关告知内容如视频告知和相关同品种自费疫苗的告知单，决定自愿选择接种本疫苗!

婴

幼

儿

姓

名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

儿童家长签字:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

询问诊医生签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日

期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

接种单位

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！