

附件 4

双价人乳头瘤病毒疫苗接种知情同意书

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

【疾病简介】人乳头瘤病毒（HPV）感染是生殖道最常见的病毒性感染，可在男性和女性中引发一系列疾病，包括癌前病变（可能进展为癌症）。虽然绝大多数 HPV 感染无症状或不引起疾病，并可自行消退，但高危 HPV 基因型的持续感染可能导致相关疾病。部分 HPV 基因型可引发宫颈癌、肛门和生殖器疣、其他生殖道癌和肛门癌等。

【疫苗作用】据世界卫生组织的立场文件，双价 HPV 疫苗（16 和 18 型）可用于预防由 16 型和 18 型 HPV 引发的宫颈、外阴、阴道和肛门的癌前病变和癌。国家药品监督管理局批准的双价 HPV 疫苗说明书显示，双价 HPV 疫苗适用于预防高危型 HPV16、18 型所致下列疾病：宫颈癌；1 级、2 级、3 级宫颈上皮内瘤样病变（CIN2/3）和宫颈原位腺癌。

【接种禁忌】对疫苗所含任何成分严重过敏反应者禁用。

【不良反应】

1. 十分常见不良反应：疲乏、肌痛、头痛、发热及注射部位反应疼痛、红斑、肿胀。
 2. 常见不良反应：注射部位硬结、关节痛、胃肠道症状（包括恶心、呕吐、腹泻和腹痛）、咳嗽、瘙痒、荨麻疹和皮疹等超敏反应。
 3. 偶见不良反应：头晕、局部感觉异常和淋巴结病等。
- 如接种疫苗后诊断为异常反应，已购买基础保险的由保险公司补偿，未购买基础保险的由疫苗企业补偿。

【注意事项】

1. 按照我国疫苗说明书规定的接种对象进行接种。
2. 只能预防所含 HPV 型别感染所致病变。
3. 仅用于预防用途，不适用于治疗已经发生的 HPV 相关病变，也不能防止病变的进展。
4. 接种疫苗不能代替常规宫颈癌筛查，也不能代替预防 HPV 感染和性传播疾病的其他措施。
5. 急性严重发热疾病患者应推迟接种。
6. 血小板减少症患者或者任何凝血功能紊乱患者接种后可能会引起出血，应谨慎接种。
7. 妊娠期间应避免接种本品。若女性已经或准备妊娠，建议推迟或中断接种程序，妊娠期结束后再进行接种。
8. 哺乳期妇女应谨慎接种。
9. 接种后请留在接种门诊观察 30 分钟，无异常后方可离开。

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。如有疑问请咨询医疗卫生人员。因疫苗特性或受种者个体差异等因素，疫苗保护率并非 100%。本疫苗自愿免费接种。

本人已了解疫苗的品种、作用、禁忌、不良反应以及现场留观等注意事项，并如实提供健康状况和是否有接种禁忌等情况。

监护人/受种者（签名）：_____ 日期：_____年____月____日

医疗卫生人员（签名）：_____ 日期：_____年____月____日

附件 5

健康状况询问与医学建议

（印在知情同意书的背面）

以下问题可帮助确定受种者今天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，请要求医疗卫生人员说明。（请在方框内打“√”，选“是”请在备注中注明。）

健康状况	是或否		备注
1. 近几天有发热等不舒服吗？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
2. 是否对药物、食物、疫苗等过敏？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
3. 是否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、或者有脑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、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. 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"/>	
9. 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"/>	
10. 是否有其他异常情况或接种禁忌？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	

医学建议：1. 建议接种 ☐；2. 推迟接种 ☐；3. 不宜接种 ☐。

医疗卫生人员（签名）：_____

日期：____年____月____日

本人已接受健康询问，同意医学建议。

监护人/受种者（签名）：_____

日期：____年____月____日