附件

学校等集体单位接种场所工作要点

及注意事项

1. 完成接种对象的摸底登记，对摸底时即有禁忌症的人员不纳入接种名单。登记信息至少包括姓名、身份证号、联系电话等，提前录入Excel表，接种前电子版提交至接种单位。
2. 正式接种前可提前将知情告知书下发至受种者（一式两份），通知其认真阅读并正确填写后签字备用，接种前交回。
3. 接种前一天，接种单位、疾控机构派员赴学校等单位对接种场所进行布局，按要求划分候诊、询问/登记/告知、接种、留观等功能分区，实现接种流程单向流动，避免交叉往返。配备必须的冷链设施设备、注射器材、消毒药品、医疗器械、急救药品和器材、信息化设备等。现场要有120救护车提供转运保障。
4. 接种人员可根据实际情况在现场采取集体宣读、个人确认等形式履行告知义务。
5. 学校做好接种现场秩序维护工作，避免出现人员拥挤情况。
6. 接种工作严格按照《预防接种工作规范》要求开展，接种后的废弃物（包括疫苗内外包装、说明书、注射器等）要统一回收销毁，个人不得带离现场。

7. 接种完成当天要完成接种信息的录入工作，录入信息包括姓名、出生日期、身份证号、批号、接种日期、接种人员等。为加快录入速度，学校可安排学生协助医务人员开展信息录入工作。

8. 接种完成后受种者需在现场留观30分钟无异常后方可离开，听从接种人员嘱咐，接种当天保持接种部分清洁，不洗澡、不游泳，注意休息，避免剧烈运动。接种后一周内，尽量不饮酒，少吃辛辣刺激性食物，多饮水如有不适及时报告。

注 意 事 项

**▲接种条件：**年满18周岁且无以下情况：既往注射本疫苗出现过敏者，严禁接种本疫苗。严重慢性病或慢性病急性发作期患者，如药物不可控制的高血压者；患有惊厥癫痫及进行性神经系统疾病史者；患有血小板减少症者或者出血性疾病患者；正在接受免疫抑制剂治疗或者免疫功能缺陷的患者，均不适合接种本疫苗。处于哺乳期或妊娠期的妇女暂缓接种；14天内接种其他灭活疫苗，28天内接种其他减毒活疫苗者建议暂缓接种；接种前有任何不适者经现场医生评估后决定是否接种。

**▲签署同意：**注射疫苗前受种者需要签署知情同意书。

**▲登记接种：**基础免疫为2剂次，间隔21-56天。

**▲30分钟留观：**接种疫苗后需要在现场观察30分钟的即时反应，测量体温无异后再离开。

受种者姓名：

新型冠状病毒疫苗知情同意书（参考格式）

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XXX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，由企业/保险进行补偿。

**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： 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。**

|  |  |
| --- | --- |
| 发热、各种急性疾病、慢性疾病急性发作期  对疫苗或疫苗成分过敏，既往发生过疫苗严重过敏反应  未控制的癫痫、脑病、其他进行性神经系统疾病  妊娠期妇女  严重慢性疾病\* | **○是 ○否**  **○是 ○否**  **○是 ○否**  **○是 ○否**  **○是 ○否** |

\* 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