**疫苗接种记录表**

监护人姓名： 身份证号： 电话：

委托人姓名： 身份证号： 电话：

学校：

1、姓名：＿＿＿＿＿＿＿ 性别：＿＿＿ 电话：＿＿＿＿＿＿＿＿

 身份证号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 体温：＿＿＿＿＿＿＿ 扫码：健康码（有□、无□） 通讯行程卡（有□、无□）

 登记员签名：

2、接种时间：＿＿年＿月＿ 日＿ 时＿ 分 结束留观时间：＿ 时＿ 分

 接种护士签名： 留观医生签名：

|  |
| --- |
| **注意事项：**（1) 接种疫苗后留在现场观察30分钟，无任何不良反应后方可离开。（2)一般接种疫苗后注射部位可出现疼痛、红肿和瘙痒，多数情况下于2~3天内自行消失。接种疫苗后可能出现一过性发热反应，短期内自行消失，不需处理。注意观察，如持续发烧且进行性加重请及时就医。（3）该疫苗共接种2剂，两剂次间隔时间建议≥3周，第2剂在8周内尽早完成，第一次接种时间为 月 日。**罕见不良反应：**（1)接种部位出现严重红肿，可采取热敷等物理方式治疗。（2)重度发热反应：应采用物理方法及药物进行对症处理，以防高热惊厥。极罕见不良反应：（3)过敏性皮疹：一般接种疫苗后72小时内出现荨麻疹，出现反应时，应及时就诊，给予抗过敏治疗。（4)过敏性紫癜：出现过敏性紫癜反应时应及时就诊。 |

**咨询电话：83941945**