

1-1 - جەدۋەل شىنجاڭدا يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى تولۇقلاپ ئىمۇنتىپىلىنىدىغان بالىلارنىڭ ئەھۋالىنى ئىگىلەش ھەم ئەمەلەش خاتىرىسى (ئورتاق ئىشلىتىلىدۇ)

表 1-1 新疆脊灰疫苗补充免疫儿童摸底登记与接种记录 (通用)

شىنجاڭ _____ ئوبلاست(شەھەر) _____ (شەھەر، رايون) ناھىيە _____ (كوچا) يېزا _____ كەنت _____ قېتىم سانى: _____ - قېتىم
 新疆 _____ 地(市) _____ 县(市、区) _____ 乡(街道) _____ 村 _____ 轮次: 第 _____ 轮

تەزىملىغۇچى _____ تەزىملاش ۋاقتى _____ يىل _____ ئاي _____ كۈن _____ يەرلىك سەھىيە پىلانلىق تۇغۇت مەمۇرى تارمىقى مەسئۇلىنىڭ تەستىقلاش ئىمزا سى _____
 登记员: _____ 接种员: _____ 登记时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 当地卫生计生行政部门主管领导审核签字: _____

رەت نومۇرى 编号	بالىنىڭ ئىسمى 儿童姓名	ئائىلە باشلىقنىڭ ئىسمى 家长姓名	بالىنىڭ تۇغۇلغان كۈنى كۈن/ئاي/يىل 儿童出生 年/月/日	ھازىر تۇرىۋاتقان ئادرىسى ۋە تېلېفون نومۇرى (يانغۇن نومۇرى) 现住址及家长联系电 话(固定或移动)	يەرلىك نوپۇس 本地 人口	ئاقما نوپۇس 外地 人口	بۇرۇنقى ئىمۇنتىپ تارىخى 以往免疫史					ئەمەلەنگەن ۋاقتى 本轮接种疫苗种类和服苗日期				ئائىلە باشلىقنىڭ ئىمزا سى 家长签名	ئەمەلەن مىگەن سەۋەبى 未种原因	
							0 剂 次	1 次	2 次	3 次	≥4 次	IPV 或 bOPV	-1 نۆۋەت 第一 轮	IPV 或 bOPV	-2 نۆۋەت 第二 轮			-1 نۆۋەت 第一 轮

1、免疫史: 以免疫记录或儿童家长口述为主, 有免疫史以相应栏“√”表示, 无免疫史(0 剂次)即无任何脊灰疫苗服苗史以“x”表示。2、无免疫史即“零”剂次儿童, 不论其几岁, 必须接种脊髓灰质炎灭活注射疫苗 (IPV), 一个月后再口服一剂 I 型III型脊髓灰质炎减毒活疫苗 (bOPV) 。3.本地和外地人口的判断: 以县(市、区)为界, 凡受种者户籍是本县(市、区)辖区范围以内均为本地人口; 凡受种者户籍不是本县(市、区)辖区范围以内均为外地人口。4.未种原因: 接种时外出=1, 接种禁忌=2, 拒绝接种=3, 生病暂缓接种=4, 在其它服苗点接种=,5, 其他=6 请注明。5.服苗日期: 填写儿童每一轮服苗具体日期(年 月 日)。 6 本表摸底登记和补充免疫接种登记共用。

1. ئىمۇنتىپ تارىخى: ئىمۇنتىپ خاتىرىسى ياكى ئائىلە باشلىقنىڭ ئېيتىپ بېرىشىنى ئاساس قىلىدۇ, ئىمۇنتىپ تارىخى بار بولسا "√" بىلەن, ھېچقانداق يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى ئىمۇنتىپ تارىخى بولمىسا "x" بىلەن ئىپادىلىنىدۇ. 2. يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى ئەمەلەنگەنلەر بولسا ئۇمۇمىي يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ئاكتىپسىزلاشتۇرۇلغان ۋاكسىنىسى (IPV) ئۆزگۈرتۈلۈپ قىلىنىدۇ, بىر ئايدىن كىيىن 1 ۋە III تىپلىق يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى زەھىرى ئاجىزلاشتۇرۇلغان تېمىتتا ۋاكسىنىسى (bOPV) نى تېمىتتە ئەمەللىنىدۇ. 3. يەرلىك ۋە ئاقما نوپۇستىكىلەرگە ھۆكۈم قىلىش: ناھىيە (شەھەر، رايون) نى ئاساس قىلىپ، ئەمەللىنىدىغان نوپۇسى ئومۇمەن مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون) گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولسا يەرلىك نوپۇس ھېسابلىنىدۇ؛ ئومۇمەن ئەمەللىنىدىغان نوپۇسى مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون) گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولمىسا بۇلارنىڭ ھەممىسى ئاقما نوپۇس ھېسابلىنىدۇ. 4. ئەمەللىنىدىغان ئەمەللىنىش سەۋەبى: ئەمەللىنىدىغان سىرتقا چىقىپ كەتكەن =1، ئەمەللىنىش مەنىسى قىلىنغان =2، ئەمەللىنىش رەت قىلغان =3، كىسەل سەۋەبىدىن ئەمەللىنىشنى كىچىكتۈرگەنلەر =4 باشقا ئەمەللىنىش نۇقتىلىرىدا ئەمەللىنگەن =5، باشقىلار =6 (ئىسكەرتىش). 5. ئەمەللىنگەن ۋاقتى: بالىنىڭ ھەر نۆۋەت ۋاكسىنىسى ئەمەللىگەن كۈنىنى بىلەن كۆرۈپ ئېلىش كۈنى يېزىلىدۇ. 6. بۇ جەدۋەل تولۇقلاپ ئىمۇنتىپلىنىدىغان بالىلارنىڭ ئەھۋالىنى ئىگىلەش ۋە ئەمەلەش خاتىرىسى ئۈچۈن ئورتاق ئىشلىتىلىدۇ.

1-3- جەدۋەل شىنجاڭدا يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ۋاكسىنىسى ئەمەلنىڭ يەرلىك نوپۇستىكى بالىلارغا يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى تېرىك ۋاكسىنىسى (IPV) تولۇقلاپ ئىمۇنىتېتلانغان بالىلارنىڭ ستاتىستىكا جەدۋىلى (يەرلىك نوپۇستىكى بالىلارغا ئىشلىتىلىدۇ)

表 1-3 新疆脊灰疫苗“零”剂次儿童脊髓灰质炎灭活注射疫苗 (IPV) 补充免疫接种儿童数统计表 (本地儿童用)

شىنجاڭ _____ ئوبلاست(شەھەر) _____ (شەھەر، رايون) ناھىيە _____ (كوچا) يېزا _____ كەنت _____ قېتىم سانى: _____ قېتىم _____
 新疆 _____ 地(市) _____ 县(市、区) _____ 乡(街道) _____ 村 _____ 轮次: 第 _____ 轮
 يەرلىك سەھىيە پىلانلىق تۇغۇت مەمۇرى تارمىقى مەسئۇلىنىڭ تەستىقلاش ئىمزاىسى _____
 تەستىقلاش ۋاقتى _____ يىلى _____ ئاي _____ كۈنى _____
 ھۆججەت تەييارلىغۇچى: _____ ئىمزا _____ ھۆججەت تەستىقلاش ۋاقتى: _____ يىلى _____ ئاي _____ كۈنى
 ھۆججەت تەييارلىغۇچى: _____ ئىمزا _____ ھۆججەت تەستىقلاش ۋاقتى: _____ يىلى _____ ئاي _____ كۈنى
 ھۆججەت تەييارلىغۇچى: _____ ئىمزا _____ ھۆججەت تەستىقلاش ۋاقتى: _____ يىلى _____ ئاي _____ كۈنى

单位	国标码	يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ۋاكسىنىسى ئەمەلنىڭ بالىلاردىن ئەمەلنىڭ تېكىشىلىك بالىلار سانى “零” 剂次免疫接种儿童数					يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ۋاكسىنىسى ئەمەلنىڭ بالىلاردىن ئەمەلنىڭ تېكىشىلىك بالىلار سانى “零” 剂次免疫接种儿童数				
		2017 年出生	2016 年出生	2015 年出生	2014 年出生	小计	2017 年出生	2016 年出生	2015 年出生	2014 年出生	小计
合计											

يەرلىك ۋە ئاقما نوپۇستىكىلەرگە ھۆكۈم قىلىش: ناھىيە(شەھەر، رايون) نى ئاساس قىلىپ، ئەمەلنىڭ نوپۇسى ئومۇمەن مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون)گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولسا يەرلىك نوپۇس ھېسابلىنىدۇ؛ ئومۇمەن ئەمەلنىڭ نوپۇسى مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون)گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولمىسا بۇلارنىڭ ھەممىسى ئاقما نوپۇس ھېسابلىنىدۇ.
 ھۆججەت تەييارلىغۇچى: _____ ئىمزا _____ ھۆججەت تەستىقلاش ۋاقتى: _____ يىلى _____ ئاي _____ كۈنى

1-4 - جەدۋەل شىنجاڭدا يۈلۈن سۈر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى ئەملەنمىگەن ئاقما نوپۇستىكى بالىلارغا يۈلۈن سۈر ماددا ياللۇغى تېرىك ۋاكسىنىسى (IPV) تولۇقلاپ ئىمۇنىتېتلانغان بالىلارنىڭ ستاتىستىكا جەدۋىلى (ئاقما نوپۇستىكى بالىلارغا ئىشلىتىلىدۇ)

表 1-4 新疆脊灰疫苗“零”剂次儿童脊髓灰质炎灭活注射疫苗 (IPV) 补充免疫接种儿童数统计表 (流动儿童用)

شىنجاڭ _____ ئوبلاست(شەھەر) _____ (شەھەر، رايون) ناھىيە _____ (كوچا) يېزا _____ كەنت _____ قېتىم سانى: _____ - قېتىم
 新疆 _____ 地(市) _____ 县(市、区) _____ 乡(街道) _____ 村 _____ 轮次：第 _____ 轮

يەرلىك سەھىيە پىلانلىق تۇغۇت مەمۇرى تارمىقى مەسئۇلىنىڭ تەستىقلاش ئىمزا سى _____ كۈن _____ ئاي _____ يىل _____ تىزىملاش ۋاقتى _____
 当地卫生计生行政部门主管领导审核签字：_____ تىزىملىغۇچى _____
 填报人：_____ 填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

单位	国标码	يۈلۈن سۈر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى ئەملەنمىگەن بالىلاردىن ئەملەشكە تېگىشلىك بالىلار سانى “零”剂次免疫应种儿童数					يۈلۈن سۈر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى ئەملەنمىگەن بالىلاردىن ئەمىلى ئەملەنگەن بالىلار سانى “零”剂次免疫实种儿童数				
		2017 年出生	2016 年出生	2015 年出生	2014 年出生	小计	2017 年出生	2016 年出生	2015 年出生	2014 年出生	小计
合计											

يەرلىك ۋە ئاقما نوپۇستىكىلەرگە ھۆكۈم قىلىش : ناھىيە(شەھەر، رايون) نى ئاساس قىلىپ، ئەملەنگۈچىنىڭ نوپۇسى ئومۇمەن مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون)گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولسا يەرلىك نوپۇس ھېسابلىنىدۇ؛ ئومۇمەن ئەملەنگۈچىنىڭ نوپۇسى مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون)گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولمىسا بۇلارنىڭ ھەممىسى ئاقما نوپۇس ھېسابلىنىدۇ.
 本地和外地人口的判断：以县(市、区)为界，凡受种者户籍是本县(市、区)辖区范围以内均为本地人口；凡受种者户籍不是本县(市、区)辖区范围以内均为外地人口。

6-1 - شىنجاڭدا ئىچكۈزىلىدىغان I ۋە III تىپلىق يۇلۇن سۈر ماددا ياللۇغى زەھىرى ئازايتىلغان تىرىك تامچە ۋاكسىنىسى (bOPV) تولۇقلاپ

ئىممۇنىتېتلانغان بالىلارنىڭ ستاتىستىكا جەدۋىلى (ئاقما نوپۇستىكى بالىلارغا ئىشلىتىلدۇ)

表 1-6 新疆口服 I 型 III 型脊髓灰质炎减毒活疫苗 (bOPV) 补充免疫接种儿童数统计表 (流动儿童用)

شىنجاڭ _____ ئوبلاست(شەھەر) _____ (رايون شەھەر،) ناھىيە _____ (كوچا) يېزا _____ كەنت _____ قېتىم سانى: _____ - قېتىم
 新疆 _____ 地(市) _____ 县(市、区) _____ 乡(街道) _____ 村 _____ 轮次: 第 _____ 轮
 يەرلىك سەھىيە پىلانلىق تۇغۇت مەمۇرى تارمىقى مەسئۇلىنىڭ تەستىقلاش ئىمزا سى _____ كۈن _____ ئاي _____ يىل _____ تىزىملاش ۋاقتى
 填报人: _____ 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 当地卫生计生行政部门主管领导审核签字: _____

单位	国标码	ئەمەشكە تېگىشلىك بالىلار سانى					ئەمەلى ئەمەلەنگەن بالىلار سانى				
		应种儿童数					实种儿童数				
		2017 年出生	2016 年出生	2015 年出生	2014 年出生	小计	2017 年出生	2016 年出生	2015 年出生	2014 年出生	小计
合计											

يەرلىك ۋە ئاقما نوپۇستىكىلەرگە ھۆكۈم قىلىش: ناھىيە(شەھەر، رايون) نى ئاساس قىلىپ، ئەمەلەنگۈچىنىڭ نوپۇسى ئومۇمەن مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون) گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولسا يەرلىك نوپۇس ھېسابلىنىدۇ؛ ئومۇمەن ئەمەلەنگۈچىنىڭ نوپۇسى مۇشۇ ناھىيە(شەھەر، رايون) گە قاراشلىق دائىرە ئىچىدە بولمىسا بۇلارنىڭ ھەممىسى ئاقما نوپۇس ھېسابلىنىدۇ.
 本地和外地人口的判断: 以县(市、区)为界，凡受种者户籍是本县(市、区)辖区范围以内均为本地人口；凡受种者户籍不是本县(市、区)辖区范围以内均为外地人口。

1-7 - جەدۋەل شىنجاڭدا بۇ قېتىملىق يۇلۇن سۈر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى تولۇقلاپ ئىممۇنتېتلانغان بالىلارنىڭ ئىچىدە بۇرۇنقى ۋاكسىنا ئەمەلىيەتتە قىلىش جەدۋىلى

表 1-7 新疆本轮脊髓灰质炎疫苗补充免疫活动实种儿童中按既往免疫史统计表（本地+流动儿童用）

شىنجاڭ _____ ئوبلاست(شەھەر) _____ (شەھەر، رايون) ناھىيە _____ (كوچا) يېزا _____ كەنت قېتىم سانى: _____ - قېتىم
 خىمىيە _____ (شەھەر، رايون) ناھىيە _____ (كوچا) يېزا _____ كەنت قېتىم سانى: _____ - قېتىم
 新疆 _____ 地(市) _____ 县(市、区) _____ 乡(街道) _____ 村 _____ 轮次：第 _____ 轮

يەرلىك سەھىيە پىلانلىق تۇغۇت مەمۇرى تارمىقى مەسئۇلىنىڭ تەستىقلاش ئىمزا سى _____
 当地卫生计生行政部门主管领导审核签字： _____

تېزىملىغۇچى _____ كۈن _____ ئاي _____ يىل _____ تېزىملاش ۋاقتى _____
 填报人： _____ 填表日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ئەمەلىي ئەمەلىيەتتە بولغان بالىلار ئىچىدىن بۇرۇنقى ۋاكسىنا تارىخى 实种儿童中按既往免疫史统计

单位	国标码	2017年 2016年 2015年 2014年 小计																									
		2017年出生					2016年出生					2015年出生					2014年出生					小计					
		0剂次	1次	2次	3次	≥4次	0剂次	1次	2次	3次	≥4次	0剂次	1次	2次	3次	≥4次	0剂次	1次	2次	3次	≥4次	0剂次	1次	2次	3次	≥4次	
合计																											

بۇ جەدۋەل بۇ قېتىملىق يۇلۇن سۈر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى تولۇقلاپ ئىممۇنتېتلانغان بالىلارنىڭ ئىچىدە بۇ قېتىمقى ئىممۇنتېتلاشتىن بۇرۇنقى ۋاكسىنا ئەمەلىيەتتە قىلىش جەدۋىلى بولۇپ، بۇ قېتىملىق ئەمەلىيەتتە ئۆز ئىچىگە ئالمايدۇ.
 本表只统计本轮实际接种儿童中，本次补充免疫活动前的免疫史的人数分布，不包括本轮补充免疫接种的剂次。

表2 新疆脊灰疫苗补充免疫组织实施情况

新疆 _____ 地区（州、市） _____ 县（市、区） _____ 乡（街道） 轮次：第 _____ 轮

填表人： _____ 填表日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 当地卫生计生行政部门主管领导签字： _____

一、宣传动员（次）			
政府领导参与			
领导人广播讲话			
有关部门参与			
报刊、广播电视通知			
印刷宣传品（张）			
短信形式			
横幅，标语，板报			
滚动电子屏幕宣传（LED）			
宣传车（辆）			
二、培训人员情况			
专业人员			
临时人员			
三、现场工作人员			
接种人员			
临时人员			
督导员（人次）			
四、后勤保障			
专项经费(万元)			
其它活动经费			
摸底目标儿童数			
疫苗供应量			
疫苗实际使用数（剂）	IPV		
	bOPV		
动用车辆数（辆）			

表 4 新疆脊髓灰质炎补充免疫摸底汇总表

_____地区 填表人_____ 填表日期_____年____月____日

当地卫生计生行政部门主管领导签字：_____

县（市、区）	摸底儿童总数	摸底“零”剂次 免疫儿童数	备注
合 计			

表 5 新疆脊灰疫苗补充免疫接种率快速评估调查表

被调查单位: ___县(市、区) ___乡(镇、街道) 调查时间: ___年___月___日

调查地点类型: 1.农村 2.城区 3.集贸市场 4. 其它 调查人: _____

编号	性别	出生日期/年龄	居住形式	第一轮补充免疫接种依据	第二轮补充免疫接种依据	本次补充免疫前是否有免疫史	是否建证	本轮接种疫苗种类		未接种原因
								IPV	bOPV	
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			
			A B C	标记 登记 认可	标记 登记 认可	是 否 不详	是 否			

居住形式: A:本地人口 B:外来人口且居住时间超过 3 个月 C:外来人口且居住时间少于 3 个月.

未接种原因: 1.不知道要服苗 2.不知道地点 3.没时间 4.拒绝服 5.距接种点太远 6、暂缓接种儿童 7、其它

接种依据: 1、标记: 是指服苗后在受种儿童耳廓或手指甲等部位做的标记; 2、登记: 补充免疫登记表上的记录; 3、认可: 家长或本人口头承认已服苗。可以多选。

3 新疆脊灰疫苗“零”剂次儿童脊髓灰质炎灭活注射疫苗 (IPV)

补充免疫活动知情告知书

您好:

脊髓灰质炎是一种严重危害人类健康的急性肠道传染病,历史上曾造成大批人员终身残疾,少数重症病人可因呼吸麻痹而死亡。所有没有免疫力的人均有可能被感染而发病。接种脊灰疫苗是避免被脊灰野病毒感染的最有效预防措施。各国成功消除脊灰危害的实践证明,通过多轮次的脊灰疫苗接种,可以使人们获得稳定可靠的免疫保护力,阻断脊灰野病毒的传播。为保障您和家人的健康,自治区人民政府决定于2018年3月5日起对2014年1月1日至2017年12月31日出生的儿童,不管其居住地与出生地,不论其几岁,脊灰疫苗“零”剂次免疫儿童,均接种脊髓灰质炎灭活疫苗(IPV),一个月后再口服一剂I型III型脊髓灰质炎减毒活疫苗(bOPV)。请您积极配合服苗工作。

脊髓灰质炎灭活注射疫苗(IPV)接种禁忌症: 下列情况严禁使用本疫苗:

1、对本疫苗中的活性物质、任何非活性物质或制备工艺中使用的物质,如卡那霉素过敏者,或以前接种本疫苗过敏者。

2、发热或急性疾病期患者,应推迟接种本疫苗。

3、严重慢性疾病、过敏体质者。

注意事项: 下列情况应慎重使用本疫苗: 1、患有血小板减少症或者出血性疾病者,肌肉注射本疫苗可能会引起出血。2、正在接受免疫抑制治疗或免疫功能缺陷的患者,接种本疫苗产生的免疫反应可能会减弱。接种应推迟到治疗结束后或确保其得到了很好的保护。3、对慢性免疫功能缺陷的患者,即使基础疾病可能会导致有限的免疫反应,也应推荐接种本疫苗。4、患未控制的癫痫患者和其他进行性神经系统疾病患者。5、接种疫苗后请在休息室留观至少30分钟。6、如需了解更多信息,请查阅产品说明书。若本知情同意书内容与产品说明书冲突的,以产品说明书为准。

受种者姓名				家庭住址	地区	县
					乡	
					村	
预检情况	1. 建议接种	2. 暂缓接种	3. 禁忌症	预检医生		
受种者监护人	我已阅读并知晓以上内容, 1. 愿意接种该疫苗 2. 不愿意接种该疫苗。 确认签名: _____					
接种时间	2018年 月 日		接种医生			

3 新疆口服 I 型Ⅲ型脊髓灰质炎减毒活疫苗 (bOPV) 补充免疫活动

知情告知书

您好:

脊髓灰质炎是一种严重危害人类健康的急性肠道传染病,历史上曾造成大批人员终身残疾,少数重症病人可因呼吸麻痹而死亡。所有没有免疫力的人均有可能被感染而发病。接种脊灰疫苗是避免被脊灰野病毒感染的最有效预防措施。各国成功消除脊灰危害的实践证明,通过多轮次的脊灰疫苗接种,可以使人们获得稳定可靠的免疫保护力,阻断脊灰野病毒的传播。为保障您和家人的健康,自治区人民政府决定于2018年3月5日起对2014年1月1日至2017年12月31日出生的儿童中,不管其居住地与出生地,无论其接种过脊灰(脊灰糖丸、脊灰灭活疫苗、脊灰二价疫苗)疫苗,均接种口服 I 型Ⅲ型脊髓灰质炎减毒活疫苗 (bOPV)。请您积极配合服苗工作。

口服 I 型Ⅲ型脊髓灰质炎减毒活疫苗接种禁忌症: 下列情况严禁使用本疫苗:

- 1、已知对该疫苗的任何成分,包括辅料及硫酸庆大霉素过敏者。
- 2、患急性疾病、严重慢性疾病、慢性疾病的急性发作期、发热者。
- 3、免疫缺陷、免疫功能低下或正在接受免疫抑制治疗者。
- 4、妊娠期妇女。
- 5、患未控制的癫痫和其他进行性神经系统疾病者。

注意事项: 有以下情况者慎用: 1、本品只供口服,严禁注射。2、家族和个人惊厥史者,患慢性疾病者、有癫痫史者、过敏体质者。3、注射免疫球蛋白者应至少间隔三个月以上再接种本疫苗,以免影响免疫效果。4、服用疫苗后请在休息室留观至少30分钟。5、如需了解更多信息,请查阅产品说明书。若本知情同意书内容与产品说明书冲突的,以产品说明书为准。

口服后一般无不良反应,个别人有发烧、腹泻、烦躁(易激惹)、呕吐、皮疹、寒战、无力(疲劳)、肌肉疼痛和关节痛。一般不需特殊处理,必要时请及时就医。

受种者姓名				家庭住址	地区	县
					乡	
					村	
预检情况	1. 建议接种 2. 暂缓接种 3. 禁忌症			预检医生		
受种者监护人	我已阅读并知晓以上内容, 1. 愿意接种该疫苗 2. 不愿意接种该疫苗。 确认签名: _____					
接种时间	2018 年 月 日		接种医生			

قوشۇمچە 3 - شىنجاڭدا يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ۋاكسىنىسى «ئەملەنمىگەن» بالىلارغا يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ئاكتىپسىزلاشتۇرۇلغان ئوكۇل ۋاكسىنىسى (IPV) نى تۇلۇقلاپ ئىممۇنىتېتلاش پائالىيىتى توغرىسىدا ئۇقتۇرۇشنامە ياخشىمۇسىز!

يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى بولسا بىرخىل ئىنسانلار سالامەتلىكىگە ئېغىرى خەۋپ يەتكۈزىدىغان ئۆتكۈر خاراكتېرلىك ئۈچەي يوللىرى يۇقۇملۇق كېسەللىكتۇر، تارىختا نۇرغۇنلىغان كىشىلەرنىڭ ئۆمۈرلۈك مېيىپ بولۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغان، ئاز ساندىكى ئېغىر كېسەللەردە نەپەس پالەچلىنىپ قازا قىلىشىغا سەۋەبچى بولغان. بارلىق ئىممۇنىتېت كۈچى يوق كىشىلەر بۇخىل كېسەللىكتىن يۇقۇملىنىپ كېسەل بولۇش ئېھتىماللىقى بار. يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ۋاكسىنىسىنى ئەمەش بولسا يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ياۋا ۋىرۇسىدىن يۇقۇملىنىشىنى توسۇشنىڭ ئەڭ ئۈنۈملۈك ئالدىنى ئېلىش تەدبىرىدۇر. يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغىنى يوقىتىشتا غەلبە قىلغان ھەرقايسى دۆلەتلەرنىڭ ئەمەلىيىتى ئىسپاتلىدىكى، كۆپ قېتىم يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ۋاكسىنىسىنى ئەمەش ئارقىلىق، ئادەم تېنىدە تۇراقلىق ئىشەنچلىك بولغان ئىممۇنىتېت قوغداش كۈچى ھاسىل قىلىپ، يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ياۋا ۋىرۇسىنىڭ تارقىلىشىنى توسقىلى بولىدۇ. سىز ۋە ئائىلە تائاباتلىرىڭىزنىڭ سالامەتلىكى ئۈچۈن، ئاپتونوم رايونلۇق خەلق ھۆكۈمىتى 2018-يىلى 3-ئاينىڭ 5-كۈنىدىن باشلاپ، 2014-يىلى 1-ئاينىڭ 1-كۈنىدىن 2017-يىلى 12-ئاينىڭ 31-كۈنىگىچە ئارىلىقتا تۇغۇلغان بالىلارغا نەدە ئولتۇراقلاششىدىن، نەدە تۇغۇلۇشىدىن، قانچە ياش بولۇشىدىن قەتئىينەزەر، يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ۋاكسىنىسى ئەمەلگە ئېلىنسا بولسا ئومۇميۈزلۈك بىر قىسىم يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ئاكتىپسىزلاشتۇرۇلغان ۋاكسىنىسى (IPV) ئوكۇل قىلىنىدۇ، بىر ئايدىن كىيىن I ۋە III تىپلىق يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى زەھىرى ئاجىزلاشتۇرۇلغان تېمىتا ۋاكسىنىسى (bOPV) تېمىتې ئەمەلگە ئېلىنىدۇ. بۇ قېتىملىق ۋاكسىنا ئەمەش خىزمىتىگە ئاكتىپ ماسلىشىپ بېرىشىڭىزلارنى ئۈمىد قىلىمىز. يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ئاكتىپسىزلاشتۇرۇلغان ئوكۇل ۋاكسىنىسى (IPV) نى ئەمەش چەكلىنىدىغان كېسەللىكلەر: تۆۋەندىكى كىشىلەرگە ۋاكسىنا ئەمەش چەكلىنىدۇ:

1. ۋاكسىنا تەركىبىدىكى ئاكتىپ ماددىلار، ھەرقانداق پاسسىپ ماددىلار ۋە ۋاكسىنا ياساشقا قاتناشقان قوشۇمچە ماتېرىياللار مەسىلەن: كانامىتسىن (卡那霉素) رېئاكتسىيە قىلغۇچىلار ياكى ئىلگىرى يۇلۇن سۇر ماددا يالۇغى ئاكتىپسىزلاشتۇرۇلغان ئوكۇل ۋاكسىنىسى (IPV) ئەمەلپ رېئاكتسىيە بەرگەنلەرگە ئەمەشكە بولمايدۇ.
2. قىزىپ قالغۇچىلار ياكى كېسەللىكنىڭ ئۆتكۈر قوزغىلىش دەۋرىدىكى بىمارلارغا قارىتا ئەمەشنى ۋاقىتنىچە كېچىكتۈرۈش كېرەك.
3. سوزۇلما ئېغىر كېسەللەر، زىيادە سەزگۈرلۈكى بارلار . دىققەت قىلىدىغان ئىشلار: تۆۋەندىكى ئەھۋاللار بولسا ۋاكسىنا ئەمەشنى ئېھتىيات بىلەن ئېلىپ بېرىش لازىم .
1. بىمارنىڭ قان پىلاستىنچىلىرى ئازىيىپ كەتكەن بولسا ياكى قاناش خاراكتېرلىك كېسەللىك ئەھۋالى بولسا، بۇ ۋاكسىنىنى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلغاندىن كىيىن قاناش كېلىپ چىقىشى مۇمكىن .
2. ئىممۇنىتېت تورمۇزلىغۇچى دورىلار بىلەن داۋالىنىۋاتقان ياكى ئىممۇنىتېت كەمتۈكلۈك كېسىلى بارلار بولسا بۇ ۋاكسىنىنى ئەمەلگە ئېلىدىن كىيىن بۇ ۋاكسىنا ھاسىل قىلغان ئىممۇنىتېت رېئاكتسىيە ئاجىزلاپ كېتىشى مۇمكىن. شۇڭلاشقا ۋاكسىنا ئەمەشنى داۋالاش ئاخىرلاشتۇرغۇچە كەينىگە سۈرگەندە ئاندىن ياخشى بولغان قوغداش ئۈنۈمىگە ئېرىشكىلى بولىدۇ.
3. سوزۇلما ئىممۇنىتېت كەمتۈكلۈك بىمارلىرىغا قارىتا ئاساسى كېسەللىك چەكلىك بولغان ئىممۇنىتېت رېئاكتسىيەسىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن، يەنىلا مەزكۇر ۋاكسىنىنى ئىشلىتىش تەۋسىيە قىلىنىدۇ.
4. كونترول قىلىنمىغان تۇتقاقلىق كېسەللىكى بار بىمارلارغا قارىتا ۋە باشقا تەرەققىي قىلىشچان نېرۋا خاراكتېرلىك كېسىلى بار بىمارلارغا قارىتا، ۋاكسىنىنىڭ چۈشەندۈرۈلۈشى بۇيىچە ئىش كۆرۈش كېرەك.
5. ۋاكسىنا ئەمەلگە ئېلىندىن كىيىن ئارام ئېلىش ئورنىدا ئەڭ ئاز بولغاندا 30 مىنۇت كۆزىتىشىنى قوبۇل قىلىشى كېرەك.
6. ئەگەر تېخىمۇ كۆپ ئۇچۇرلارنى بىلمەكچى بولسىڭىز بۇ مەھسۇلاتنىڭ چۈشەندۈرۈش قوللانمىسىدىن كۆرۈڭ. ئەگەر بۇ ئۇقتۇرۇشنامە بىلەن ۋاكسىنا چۈشەندۈرۈشىدە كۆرۈنەرلىك پەرق بولۇپ قالسا ۋاكسىنا چۈشەندۈرۈلۈشى ئاساس قىلىنىدۇ.

ۋاكسىنا ئەمەلگە ئېلىش ۋاقتى - ئىسىم	تۇغۇلغان ۋاقتى	ئائىلە ئادرىسى	ناھىيە	يېزا	كەنت
ئالدىن تەكشۈرۈش ئەھۋالى	1. چەكلىنىدىغان كېسىلى بار: 2. ۋاقىتلىق كېچىكتۈرۈلدى: 3. ئەمەش تەكلىپ بېرىلدى		ئالدىن تەكشۈرۈلگۈچى دوختۇرنىڭ ئىمزا		
ئەمەلگە ئېلىش ۋاقتى	مەن يۇقىرىقى مەزمۇنى ئوقۇپ چىققاندىن كىيىن، 1. بۇ قېتىملىق ۋاكسىنا ئەمەلگە ئېلىشكە قوشۇلمايمەن. ئىمزا: _____				
ئەمەلگە ئېلىش ۋاقتى	2018-يىلى ئاينىڭ كۈنى	ۋاكسىنا ئەمەلگە ئېلىش ۋاقتى			

سەھىيە پىلانلىق تۇغۇت مەمۇرىي تارمىقى

قوشۇمچە 3 - شىنجاڭدا I ۋە III تىپلىق يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى زەھىرى ئاجىزلاشتۇرۇلغان تىرىك ۋاكسىنىسى (bOPV) نى تۇلۇقلاپ ئىمۇنىتېتلاش پائالىيىتى توغرىسىدا ئۇقتۇرۇشنامە

ياخشىمۇسىز!

يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى بولسا بىرخىل ئىنسانلار سالامەتلىكىگە ئېغىرى خەۋىپ يەتكۈزىدىغان ئۆتكۈر خاراكتىرلىك ئۈچەي يوللىرى يۇقۇملۇق كېسەللىكدۇر، تارىختا نۇرغۇنلىغان كىشىلەرنىڭ ئۆمۈرلۈك مېيىپ بۇلۇشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغان، ئاز ساندىكى ئېغىر كېسەللەردە نەپەس پالەچلىنىپ قازا قىلىشىغا سەۋەبچى بولغان. بارلىق ئىمۇنىت كۈچى يوق كىشىلەر بۇخىل كېسەللىكتىن يۇقۇملىنىپ كېسەل بولۇش ئېھتىماللىغى بار. يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسىنى ئەمەلش بولسا يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ياۋا ۋىروسىدىن يۇقۇملىنىشىنى توسۇشنىڭ ئەڭ ئۈنۈملۈك ئالدىنى ئېلىش تەدبىرىدۇر. يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغىنى يۇقۇتۇشتا غەلبە قىلغان ھەرقايسى دۆلەتلەرنىڭ ئەمەلىيىتى ئىسپاتلىدىكى، كۆپ قېتىم يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسىنى ئەمەلش ئارقىلىق، ئادەم تىنىدە تۇراقلىق ئىشەنچلىك بولغان ئىمۇنىت قوغداش كۈچى ھاسىل قىلىپ، يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ياۋا ۋىروسىنىڭ تارقىلىشىنى توسقۇلى بولىدۇ. سىز ۋە ئائىلە تاۋاباتلىرىڭىزنىڭ سالامەتلىكى ئۈچۈن، ئاپتونوم رايۇنلۇق خەلق ھۆكۈمىتى 2018-يىلى 3-ئاينىڭ 5-كۈنىدىن باشلاپ 2014-يىلى 1-ئاينىڭ 1-كۈنىدىن 2017-يىلى 12-ئاينىڭ 31-كۈنىگىچە ئارلىقتا تۇغۇلغان بالىلارغا نەدە ئولتۇراقلىشىدىن، نەدە تۇغۇلىشىدىن، قايسى تۈردىكى يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ۋاكسىنىسى(يەنى يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى شېكەر كومىلىچى ۋاكسىنىسى، يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى ئاكتىپسىزلاشتۇرۇلغان ۋاكسىنىسى ۋە يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى زەھىرى ئاجىزلاشتۇرۇلغان تېمىتا ۋاكسىنىسى) ئەمەلگەن بولشىدىن قەتئەنەزەر، ئۇمۇمىيۈزلۈك ھالدا يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى زەھىرى ئاجىزلاشتۇرۇلغان تېمىتا ۋاكسىنىسى (bOPV) تېمىتپ ئەملىنىدۇ. بۇقېتىملىق ۋاكسىنا ئەمەلش خىزمىتىگە ئاكتىپ ماسلىشىپ بىرىشىڭىزلارنى ئۈمىد قىلىمىز.

يۇلۇن سۇر ماددا ياللۇغى زەھىرى ئاجىزلاشتۇرۇلغان تېمىتا ۋاكسىنىسى (bOPV) نى ئەمەلش چەكلىنىدىغان كىسەللەر:

1. مەزكۇر ۋاكسىنىنىڭ تەركىبلىرى، ياسالمايلىرى شۇنداقلا گېنتامىتسىن (硫酸庆大霉素) رىئاكسىيە قىلغۇچىلار.
2. ئۆتكۈر كېسەللىككە گىرىپتار بولغۇچىلار، ئېغىر سوزۇلما كېسىلى بارلار، سوزۇلما كېسەللەرنىڭ ئۆتكۈر قوزغىلىش دەۋرىدىكى بىمارلار ۋە قىزىپ قالغۇچىلار.
3. ئىمۇنىت كەمتۈكلۈك كېسىلى بارلار، ئىمۇنىت كۈچى تۆۋەنلەپ كەتكەنلەر ياكى ئىمۇنىت تۇرمۇزلىغۇچى دۇربارلار بىلەن داۋالىنىۋاتقانلار.
4. ھامىلدار ئاياللار.

5. كونترول قىلىنىدىغان تۇتقاقلق كېسەللىكى ۋە باشقا نېرۋا سېستىمىسى كېسەللىكى بىمارلىرى. دىققەت قىلىدىغان ئىشلار: تۆۋەنكى ئەھۋاللاردا ئەھتىيات بىلەن ئىشلىتىڭ:

1. بۇ مەھسۇلات ئېچكۈزۈلىدىغان بۇلۇپ، ئۆكۈل قىلىش قەتئى مەنى قىلىنىدۇ.
2. ئائىلە تارىخى ياكى ئۈزىدە تارتىشىپ قالغان تارىخى بولغۇچىلار، ئاستا خاراكتىرلىك كېسەلگە گىرىپتار بولغۇچىلار، تۇتقاقلق كېسەللىك تارىخى بارلار، رىئاكسىيە تارىخى بارلار.
3. ئىمۇنىت شارچە ئاقسىلنى ئۇرغۇزغانلار چۇقۇم ئۈچ ئاي ئارلىق ئۆتكەندىن كىيىن ئاندىن، مەزكۇر ۋاكسىنىنى ئەملىتىشى، ئىمۇنىت ئۈنۈمىگە تەسىر يىتىشتىن ساقلىنىش لازىم.
4. ۋاكسىنا ئەمەلگەندىن كىيىن ئارام ئېلىش ئورنىدا ئەڭ ئاز بولغاندا 30 مىنۇت كۈزىتىشى قۇبۇل قىلىشى كىرەك.
5. ئەگەر تېخىمۇ كۆپ ئۇچۇرلارنى بىلمەكچى بولسىڭىز بۇ مەھسۇلاتنىڭ چۈشەندۈرۈش قوللانمىسىدىن كۇرۇڭ. ئەگەر بۇ ئۇختۇرۇشنامە بىلەن ۋاكسىنا چۈشەندۈرۈلىشىدە كۇرىنەلىك پەرىق بولۇپ قالسا ۋاكسىنا چۈشەندۈرۈلىشى ئاساس قىلىنىدۇ. ۋاكسىنا ئەمەلگەندىن كىيىن ئادەتتە بىنۇرمال رىئاكسىيە كۇرۇلمەيدۇ، قىسمەن كىشىلەردە قىزىش، ئىچى سۇرۇش، ئىچى تىتىلداش(ئاسان ئاچچىقلىنىش)، قۇسۇش، تىرە ئەسۋىسى، توغلاش، ماغدۇرسىزلىنىش(چارچاش)، مۇسكۇللىرى ۋە بۇغۇملىرى ئاغرىش ئالامەتلىرى كۇرىلىدۇ، ئادەتتە ئالاھىدە بىرتەرەپ قىلىش ھاجەتسىز، زۇرۇر بولغاندا ۋاختىدا دوختۇرغا كۇرىنىڭ.

ۋاكسىنا ئەمەلەتكۈچى فامىلىسى - ئىسىم	تۇغۇلغان ۋاقتى	ئائىلە ئادرىسى	ناھىيە يېزا كەنت
ئالدىن تەكشۈرۈش ئەھۋالى	1. چەكلىنىدىغان كېسىلى بار؛ 2. ۋاقتلىق كېچىكتۈرۈلدى؛ 3. ئەمەلش تەكلىپ بېرىلدى	ئالدىن تەكشۈرگۈچى دوختۇر ئىمزا	
ئەمەلەتكۈچى ھامىيىسىنىڭ ئىمزا	مەن يۇقىرىقى مەزمۇنى ئوقۇپ چىققاندىن كېيىن، 1. بۇ قېتىملىق ۋاكسىنا ئەمەلەشكە قوشۇلمەن؛ 2. بۇ قېتىملىق ۋاكسىنا ئەمەلەشكە قوشۇلمايمەن. ئىمزا: _____		
ئەملىگەن ۋاقتى	2018- يىلى ئاينىڭ كۈنى	ۋاكسىنا ئەملىگۈچى دوختۇر	