

**辛辛那提儿童医院医疗中心**  
**活体病毒疫苗 - 接种疫苗知情同意书**  
**麻疹，腮腺炎，风疹**

**VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM MEASLES, MUMPS AND RUBELLA-Chinese**

是	否	对新霉素是否过敏？
是	否	对蛋是否过敏？
是	否	对明胶是否过敏？
是	否	对麻疹，腮腺炎，风疹疫苗或其他疫苗是否发生过致命性过敏反应？
是	否	怀孕？接种疫苗后四个星期内避免怀孕。请采取避孕措施。
是	否	既往 7 天内是否患有急性疾病伴发热？
是	否	免疫抑制？（如癌症，白血病，淋巴瘤，艾滋病）
是	否	是否患有有关节炎？
是	否	是否有格林-巴利综合征病史？
是	否	正接受免疫抑制或类固醇治疗？
是	否	是否有任何血液异常？
是	否	既往 11 个月内曾经输血或输注血浆或输注免疫球蛋白？
是	否	是否有脑部损伤或痉挛病史？

本人已经阅读过，或已经有人与我一起探讨过有关麻疹、腮腺炎、风疹疫苗的情况说明书。本人所提出的所有疑问，都获得满意的解答。本人清楚了解此疫苗的益处和风险，并且要求院方替本人注射以下勾选注明的疫苗，或是经由授权，本人有权要求院方替以下所列姓名，注射以下勾选注明的疫苗。

\_\_\_\_\_  
 社会保障号码

\_\_\_\_\_  
 部门

\_\_\_\_\_  
 出生日期

**疫苗 # 1**  MMR (麻疹、腮腺炎、风疹疫苗)

\_\_\_\_\_  
 姓名 (正楷)

\_\_\_\_\_  
 签名

\_\_\_\_\_  
 日期

**疫苗 # 2**  MMR (麻疹、腮腺炎、风疹疫苗)

\_\_\_\_\_  
 姓名 (正楷)

\_\_\_\_\_  
 签名

\_\_\_\_\_  
 日期

Employee Health Department Use Only

**Vaccine # 1**

Merck & Co. \_\_\_\_\_  Right deltoid SubQ \_\_\_\_\_ Date of VIS  
 Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination  Left deltoid SubQ \_\_\_\_\_ Date VIS read

\_\_\_\_\_  
 Employee Health Nurse Signature

**Vaccine # 2**  Adverse Reaction to 1<sup>st</sup> vaccine \_\_\_\_\_

辛辛那提儿童医院医疗中心  
活体病毒疫苗 - 接种疫苗知情同意书  
麻疹，腮腺炎，风疹

**VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM MEASLES, MUMPS AND RUBELLA-Chinese**

Merck & Co. \_\_\_\_\_  Right deltoid SubQ \_\_\_\_\_ Date of VIS  
Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination  Left deltoid SubQ \_\_\_\_\_ Date VIS read

\_\_\_\_\_  
Employee Health Nurse Signature