**北京大学医学部研究生新生入学疫苗接种通知**

亲爱的同学：

你好！欢迎来到北大医学部开启新的生活！为了预防传染病的发生和流行，保障同学们的身体健康，同时根据北京市海淀区疾病预防控制中心2025年《关于进一步做好海淀区高校学生疫苗接种工作的通知》要求，部医院集中组织研究生新生在入学报到当天**自愿自费**接种麻腮风疫苗和水痘疫苗。麻腮风疫苗费用为：53元/剂，接种服务费25元/剂，共78元；水痘疫苗费用为：146元/剂，接种服务费25元/剂，共171元/剂。两种疫苗可同时接种，也可按个人需要自愿接种其中一种。

1.接种人群：

按文件要求，麻腮风适用人群为：首次进京上学的研究生同学（包括硕士、博士研究生），北京生源无需接种；

水痘疫苗适用人群为：既往未接种过2剂次水痘疫苗的人群。如既往水痘接种情况不明确的也可接种。得过水痘的同学无需接种。

2.接种禁忌及暂缓接种情况：

详见附件：麻腮风及水痘知情同意书

3.接种流程：

（1）接种报名：请仔细研读接种人群及禁忌症情况，如愿意接种，请于8月26日0:00之前扫下图二维码填写报名信息。

QR 代码

AI 生成的内容可能不正确。

（2）接种时间：9月1日7:30-17:00

（3）接种地点：北京大学医学部医院保健科

（4）当日接种流程：签知情同意书——刷**身份证（原件）**登记——自费疫苗缴费——接种疫苗——留观30分钟后离开

4.温馨提示：

部医院日常接种无自费麻腮风疫苗，建议有接种意愿的新生在报道当日前往部医院参加集中接种。如接种当天确有身体不适情况需暂缓接种，请拨打部医院联系电话沟通。

5.北京大学医学部医院保健科咨询电话：010-82802220。

北京大学医学部医院

2025年7月16日

图示, 文本

AI 生成的内容可能不正确。

**百克水痘减毒活疫苗接种知情同意书**

水痘是一种由水痘-带状疱疹病毒初次感染所引起的急性传染病，具有极高的传染性。该病极易通过空气飞沫或直接接触而传染，发病率高，传播性强。水痘潜伏期一般为 10~24天左右，随后出现发热、不适等前驱症状。皮疹首先出现在头部和躯干，逐渐波及四肢，剧烈瘙痒，如不出现并发症，可在2周左右痊愈。水痘最常见的并发症为继发细菌感染、肺炎及脑炎。如发生继发细菌感染，可能遗留疤痕。免疫缺陷儿童感染水痘病情严重，可发生出血性水痘，病死率较高。妇女妊娠早期感染水痘可导致婴儿死胎、流产和先天性水痘综合症。围产期妇女感染水痘可导致新生儿水痘综合征。

目前，临床上对水痘并无有效的治疗方法。国内外大量研究结果证明，预防和控制水痘最有效、最可靠的措施就是接种水痘减毒活疫苗。水痘减毒活疫苗能够刺激机体产生抗水痘一带状疱疹病毒的免疫力，用于预防水痘。

**【疫苗品种】**水痘减毒活疫苗

**【生产厂家】**长春百克生物科技股份公司

【**特 点**】本品不含有任何明胶成份、免疫效果好、36个月长效期。

【**作 用**】接种本疫苗后，可刺激机体产生抗水痘-带状疱疹病毒的免疫力。用于预防水痘。

【**接种对象**】12月龄以上的水痘易感者。

【**不良反应**】注射后一般无不良反应。个别人在接种部位可出现疼痛，偶有发热或伴有一过性皮疹，无需特殊处理，一般不超过3天，必要时可对症治疗。

【**接种禁忌**】免疫缺陷和接受免疫抑制剂治疗者禁用；对新霉素过敏者禁用，过敏体质者慎用；发热、严重疾病和急性传染病者暂缓接种；孕妇禁用。

【**注意事项**】水痘减毒活疫苗属于公民自费且自愿受种的疫苗。接种水痘减毒活疫苗后，3个月内避免妊娠。接种后留观30分钟；注射后局部可能有硬结，可热敷以促进吸收（每日2~3）次，每次15分钟；如出现极罕见的较重反应，应及时到医院核实诊断并治疗。

为了保证您能够安全有效地接种，请您配合医务人员提供下列信息：

|  |  |
| --- | --- |
| □是否发热  □是否有过敏史  □是否妊娠期或哺乳期  □是否使用免疫抑制剂、激素或免疫球蛋白等药物  □是否患有严重性疾病？如果有，请注明  □是否得过水痘  □接种过几针水痘疫苗  --------------------------------本栏由医护人员填写---------------------------------  根据您提供的信息和目前的健康状况，医护人员建议您是否可以接种水痘减毒活疫苗  ○可以接种 ○不可以接种  填表人员： 接种日期： 年 月 日  联系电话： 接种单位(盖章)： | ○是 ○否  ○是 ○否  ○是 ○否  ○是 ○否  ○是 ○否  ○是 ○否  针 |

------------------------------本栏由受种者或监护人填写----------------------------

本人对上述信息已经详细阅读，提供资料属实

受种者签名： 或监护人签名：

监护人与受种者的关系： ○母亲 ○父亲 ○其他(请注明)

填表日期： 年 月 日

本知情同意书一式两份(家长或监护人1份、接种单位1份)，请妥善保管5年