

輸入腸チフスワクチン接種説明と同意書

私は、患者 _____ 様に対し、実施する下記ワクチンについて、次のように説明しました。

目的：腸チフスはアジア、東欧、中東、アフリカ、中南米などで流行している感染症です。食中毒の一種であるサルモネラ属の腸チフス菌が水や食物を介して経口感染して発症します。潜伏期間は1～3週間で主な症状は高熱、頭痛、倦怠感、腹痛、下痢などです。腸出血や腸穿孔を起こす場合もあります。治療法は抗生剤使用と適切な補液です。ワクチン接種は有効な予防法です。

国内で承認されている腸チフスワクチンはないため、輸入ワクチンを使用します。

使用ワクチン：Typhim Vi (Sanofi-Pasteur 社製)

接種方法：2歳以上で接種可

出発2週間以上前に 1回 0.5ml 筋肉注射

接種料金：10,000円 (税別)

有効性：88～96%は予防効果あり

2～3年毎に追加接種

副反応：接種部位の発赤、腫脹や痛み、倦怠感、頭痛など

髄膜炎菌ワクチンとの同時接種は副反応が多いため行いません。

注意事項：輸入ワクチンのため、国内未承認です。副反応が生じた時は国の救済措置、補償が適応されません。輸入商社が提供する輸入ワクチン補償制度を利用できます。輸入ワクチン補償制度以外は当院では補償できません。

輸入ワクチン副作用被害救済補償制度について

輸入ワクチンによって重篤な副反応が起きた場合、補償金をお支払いする制度です。

制度の利用にあたり、裁判で輸入ワクチン接種による被害であることが認められる必要があります。

ご不明な点がございましたら予防接種センターの医師、看護師にお尋ねください。

年 月 日

同意取得医：だいどうクリニック 予防接種センター _____

だいどうクリニック院長 様

上記のとおり実施ワクチンの説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。

また同意書の控えを受け取りました。

年 月 日

本人署名： _____ (印)

代諾者氏名： _____ (印)

(本人との関係: _____)