

신종 코로나 바이러스 백신 이해 동의서

신종 코로나 바이러스 폐렴(신종 코로나 폐렴, COVID-19)는 급성 호흡기관 전염병입니다. 임상에서 나타나는 주요 현상은 발열, 마른 기침, 무기력증 등이 있고 소수 환자의 경우 코막힘, 콧물, 인후통, 결막염, 근육통, 설사 등의 증세를 보이기도 합니다. 대다수 환자는 예후가 양호하고 소수 환자는 위중해 질 수 있습니다. 코로나 19의 확산과 더불어 글로벌 공공보건에 심각한 위협을 조성하였습니다. 현재 신종 코로나 바이러스에 대한 방역 수요에 따라 적정 연령층을 대상으로 신종 코로나 바이러스 백신 접종을 시작하였습니다.

[백신 종류] 현재 중국에서 조건부 허가로 출시된 백신은 네 가지 종류가 있습니다. 이 중 세 가지는 불활성화 백신이고 다른 한 가지는 아데노 바이러스 매개체 백신입니다. 이밖에 또 한 가지인 재조합형 서브 유닛 백신(CHO 세포)이 허가를 받아 긴급 사용되고 있습니다.

[적용]동 제품은 접종 후 코로나 19 바이러스에 대한 면역력 발생을 자극하고 신종 코로나 바이러스로 비롯된 질병 예방에 사용됩니다.

[부작용] 백신 접종 후 나타나는 국부적 부작용으로 접종 부위의 통증을 위주로 가려움, 부종, 경화증, 홍조 등의 증세가 있습니다. 전신 부작용으로는 피로감을 위주로 발열, 근육통, 두통, 기침, 설사, 구역질, 식욕부진, 과민 증상 등이 있습니다.

[금기 사항]백신 접종 시 금기 사항은 제품 설명서를 참조해 주세요. 백신 접종 시 금기 사항은 통상 다음과 같습니다. (1)백신 혹은 백신 성분에 대한 과민 반응 환자 (2)급성 질환 환자 (3)만성 질병의 급성 발작 시기 환자 (4)현재 발열 중인 환자 (5)임산부

[주의 사항] 접종 후 30분의 관찰 시간을 가지고, 불편한 증세가 느껴질 경우 즉시 치료를 받고 접종 기관에 해당 사실을 고지해야 합니다. 다른 백신과 마찬가지로 동 백신 접종 후 모든 접종 대상자에 대한 100% 보호 효과에 미달할 수 있습니다. 상세한 내용은 백신 설명서를 참조해 주십시오.

[이상 반응 보상] 진단 조사 혹은 감정을 거쳐 결과 이상반응 혹은 이상반응을 배제할 수 없다는 결론이 나올 경우, 백신 생산기업이 독자적으로 입찰하여 확정된 예방접종 이상반응 보상 보험회사가 책임지고 보상합니다.

상기 내용을 자세히 읽으신 후, 접종대상자의 건강 상태와 접종 금기 사항 여부 등의 상황을 사실대로 알려주시기 바랍니다.

-----본 항은 접종대상자 혹은 보호자 기입용

본인은 이미 상기 고지 사항을 이해했고, 건강상태 혹은 접종 금기 사항 여부 등의 상황을 사실대로 알려드립니다.

접종대상자/보호자:

날짜: 년 월 일

보호자와 접종대상자 관계: O모친 O부친 O기타(명기해 주세요)

안전을 보장하는 효과적 접종을 위해, 의료진은 다음 건강 정보를 문의하고 의학 건의를 해 주시기 바랍니다.

발열, 급성질환, 만성질환의 급성 발작 시기	☐ 예	☐ 아니오
백신 혹은 백신 성분에 대한 과민 반응이 있고 과거 백신에 대한 심각한 과민 반응을 보인 경력이 있는 경우	☐ 예	☐ 아니오
통제되지 않은 전간병, 뇌병증 기타 진행성 신경계 질환	☐ 예	☐ 아니오
임산부	☐ 예	☐ 아니오
만성질환*	☐ 예	☐ 아니오

*부호는 백신 접종 시 신중해야 함.

의학 건의: 신종 코로나 바이러스 불활성화 백신 접종에 대한 의견은 다음과 같습니다: ☐접종 건의 ☐추후 접종 ☐접종 부적합

의료인:

날짜: 년 월 일

전화:

접종 기관(날인):

본인은 이미 건강 문의를 받았고 의학적 건의에 동의합니다.

접종대상자/보호자:

날짜: 년 월 일

신종 코로나 바이러스 백신 접종 면책 각서

본인 _____는 성별____, ____년 ____월 ____일 출생, 여권번호(혹은 중국 영구 거주 신분증 번호)는_____입니다. 본인은 신종 코로나 바이러스 백신 접종에 대한 이해 동의서를 읽었고, 상술한 문건 내용에 동의하며 자원, 자비로 신종 코로나 바이러스 백신을 접종하고, 현장 의료진에 본인의 건강상태와 접종 금기 사항 등의 상황을 성실히 알려줄 것을 약속합니다. 본인은 이미 백신의 품종, 작용, 금기사항과 접종 후 나타날 수 있는 부작용에 대해 잘 알고 있고 백신 접종 선택에 따른 일체의 위험 요소에 대해 전적으로 본인 스스로 책임지겠습니다.

본인 이름 (인쇄서체):

본인 사인:

날짜 : 2021 년 월 일
