

経鼻インフルエンザ生ワクチン FluMist 説明書

OCFC では経鼻インフルエンザ生ワクチンの接種を開始します。一般に行われているインフルエンザワクチンは不活化ワクチンであり重症化予防には効果がありますが、発症予防効果はそれほど期待できません。一方経鼻生ワクチンはインフルエンザウイルスが鼻や口から侵入することを直接阻止します。A型インフルエンザの場合は発症を10分の1程度にする期待があります。B型では効果は比較的落ちますが、発症を半数程度には減らすようです。このワクチンは米国やイギリスでは既に使用されています。しかし日本での使用認可が取れていないワクチンですので副反応があっても国の救済制度を受けることができません。

対象者：2歳~49歳、**投与回数**：1回接種

2歳~8歳で今までに不活化・生ワクチン含めインフルエンザワクチン未接種者では2回。

ワクチン：4価FluMist (LAIV4) H1N1,H3H2,B型2株

費用：8,000円+消費税(8640円)／回

禁忌対象者：ワクチンにアナフィラキシー既往者。アスピリン内服中の方。卵アレルギーの方。妊婦、授乳婦。喘息の方。5歳未満で喘鳴を繰り返す幼児。ギランバレー症候群既往者。免疫不全患者。

注意事項：接種前48時間、接種後2週間は抗インフルエンザ剤の使用は控える。

副反応：鼻汁、鼻閉、頭痛、食欲減退、咽頭痛、発熱(10%)

接種後のウイルス排泄期間：幼児で最長25日、18歳以上で最長17日。他児との接触は可。(健康者への感染はありません。)無菌施設勤務者は接種禁止。

効果：H1N1では発症を90%、H3N2では80%減らすことが可能。B型インフルエンザにも効果的だがA型より劣る。

注意：日本で認可されたワクチンではないので副反応、有害事象が起こっても公費での救済はない。OCFCは接種手技に基づく有害事象に関しては責任を負うが、ワクチンそのものによって発症した有害事象には責任を有さない。通常の診療にて対応する。診察料は発生する。

接種同意書

わたしは医師、看護師の説明とインフルエンザ生ワクチンの説明書を読み、このワクチンの効果と副反応、および副反応発生時での公的救済が受けられないことを理解しました。

氏名 _____ へのインフルエンザ生ワクチンの接種に
同意し希望いたします。

希望者 _____ 被接種者との関係 本人 親権者 その他

接種を決めた動機の記入をお願いします
