辽宁省统筹推进新冠肺炎疫情防控和经济社会发展工作总指挥部办公室关于在辽外籍人士接种新冠病毒疫苗的通告

根据国务院联防联控机制统一部署，辽宁省全面启动在辽外籍人士新冠疫苗接种工作。在自愿申请、知情同意、自担风险的前提下，将适龄在辽外籍人士纳入辽宁省新冠病毒疫苗接种人群范围。

**一、**年龄要求

目前在辽外籍人士接种新冠病毒疫苗年龄要求为18周岁及以上。

二、接种疫苗

目前，辽宁使用的是中国生产的全病毒灭活疫苗，全程需要接种2剂。

三、预约接种

请有接种意愿的外籍人士关注所在机构和社区通知，有序进行接种。原则上，在辽工作的外籍人士通过所在机构预约，高校外籍师生通过学校预约，其他在辽外籍人士通过属地社区或“辽事通”预约。预约成功后，各县（市、区）将结合本地实际情况安排在辽外籍人士就近到指定地点接种。

四、所需证件

预约报名时需提供有效证件信息。接种现场凭护照及有效居留证件接种，确保截至第2剂接种日相关证件仍在有效期内。

五、签署材料

接种前，需签署知情同意书，并做好个人防护，主动告知身体状况，由专业人员判定是否符合接种条件。

六、接种费用

已参加辽宁省及辖区各市社会保障医疗保险的外籍人士，现场出示本市医保参保凭证后，即可免费接种。未参加辽宁省及辖区各市社会保障医疗保险的外籍人士，如有接种意愿，需个人自费接种，目前费用为100元（人民币）/剂。

七、注意事项

接种完成后，需在接种点留观区观察30分钟，无不适症状后才可以离开接种点。接种当日注射部位应保持干燥并注意个人卫生。如果出现持续发烧等现象，应及时就医并向接种单位报告。

八、凭证领取

完成全程剂次接种后，由接种单位向接种者提供接种证明。

九、个人防护

接种疫苗虽然可以产生免疫力，有效降低感染风险，但部分人接种后有可能产生的抗体不足够，在没有建立起免疫屏障的情况下，仍然会有感染风险。请外籍人士即便接种完疫苗，仍然要保持戴口罩、勤洗手、保持社交距离等良好卫生习惯。

十、其他事项

接种证明不能替代核酸检测报告，必要时请外籍人士配合相关部门进行核酸检测。

辽宁省统筹推进新冠肺炎疫情防控和

经济社会发展工作总指挥部办公室

 2021年4月25日

附件1：

联系电话

1.省外办：024-86892235

2.沈阳市：024-86861225 024-22725472

3.大连市：12345

4.鞍山市：0412-5534908

5.抚顺市：57500577

6.本溪市：42858468

7.丹东市：0415-2173213

8.锦州市：0416－3870050 0416－3872043

9.营口市：0417-2998411

10.阜新市：0418—2265261

11.辽阳市：0419-2125705

12.铁岭市：74230306

13.朝阳市：0421-2858052

14.盘锦市：0427-3275566

15.葫芦岛市：0429-3320182

附件2：

**新型冠状病毒疫苗知情同意书**

新型冠状病毒肺炎(新冠肺炎， COVID-19) 为新发急性呼吸道传染病， 临床主要表现是发热、干咳、乏力、少数患者伴有鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等症状，多数患者预后良好，少数患者病情危重。随着疫情的蔓延，对全球公众健康构成严重威胁。根据当前新冠肺炎防控需要，为适龄人群开展新型冠状病毒疫苗接种。

【**疫苗品种**】新型冠状病毒灭活疫苗。

【**作用**】接种本品可刺激机体产生新型冠状病毒的免疫力，用于预防新型冠状病毒引起的疾病。

【**不良反应**】接种疫苗后发生局部不良反应以接种部位疼痛为主，还包括局部瘙痒、肿胀、硬结和红晕等，全身不良反应以疲劳乏力为主，还包括发热、肌肉痛、头痛、咳嗽、腹泻、恶心、厌食和过敏等。

【**接种禁忌**】疫苗接种禁忌参照产品说明书。通常接种疫苗的禁忌包括：(1)对疫苗或疫苗成分过敏者；(2)患急性疾病者；(3)处于慢性病的急性发作期者；(4)正在发热者；(5)妊娠期妇女。

【**注意事项**】接种后留观30分钟：如接种后出现不适症状应及时就医，并报告接种单位。与其他疫苗一样，接种本疫苗可能无法对所有受种者产生100%的保护效果，以上内容可详见疫苗说明书。

【**异常反应补偿**】如经调查诊断或鉴定，结论为异常反应或不能排除，根据相关规定进行补偿。

为了保证安全有效地接种，医护人员将询问以下健康信息并提出医学建议。

发热、各种急性疾病、慢性疾病急性发作期 ○是 ○否

对疫苗或疫苗成分过敏，既往发生过疫苗严重过敏反应 ○是 ○否

未控制的癫痫、脑病、其他进行性神经系统疾病 ○是 ○否

妊娠期妇女 ○是 ○否

严重慢性疾病\* ○是 ○否

\*号表示本疫苗接种慎用情况

医学建议：您此次可以接种新型冠状病毒灭活疫苗。

其它情况注明：

医护人员： 日期： 年 月 日

**本人已了解上述信息，承诺如实提供健康状况和是否有接种禁忌等情况。**

**本人已接受健康询问，同意医学建议。**

监护人与受种者的关系：○母亲 ○父亲 ○其他(请注明）

受种者/监护人： 日期： 年 月 日