

Введите даты каждой вакцины, которую ваш ребенок получил на сегодняшний день. Укажите месяц, день и год каждой дозы, например, 01/01/2010.

# Форма иммунизации

Имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Прививки, необходимые для посещения учреждений ухода за детьми, дошкольных программ и школы.

Вакцина	От рождения до 6 месяцев	12 - 24 месяца	В детском саду	В 7 классе	В 12 классе
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT, Td)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pneumococcal (PCV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chickenpox (varicella)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningococcal (MCV4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Закон штата Миннесота требует, чтобы дети, зачисленные в учреждения по уходу за детьми, в дошкольное образование или в школу, проходили иммунизацию против определенных заболеваний, если только ребенок не освобожден от медицинского или немедицинского статуса.

## Инструкции для родителей или опекунов:

- Заполните даты в хронологическом порядке, даже если ваш ребенок получил вакцину за пределами категории возраста/учебного года, в которой находится поле. В зависимости от возраста вашего ребенка, он/а, возможно, еще не получил/а все перечисленные вакцины; некоторые поля останутся пустыми.
  - Если у вас есть копия прививочного анамнеза Вашего ребенка, Вы можете приложить ее вместо заполнения лицевой стороны этой формы.
  - Ваш врач или клиника могут предоставить копию прививочного анамнеза Вашего ребенка. Если Вы пропустили или нуждаетесь в информации о прививочном анамнезе Вашего ребенка, поговорите со своим врачом или позвоните в информационный центр иммунизации штата Миннесоты (МИИС) по телефону 651-201-3980 или 800-657-3970.
- Подпишите или получите подписи, необходимые для обратной стороны этой формы.
  - Документальное оформление медицинского и/или немедицинского отвода в разделе 1.
  - Подтвердите историю болезни ветряной оспы (varicella) в разделе 2.
  - Предоставьте согласие на обмен информацией об иммунизации (по выбору) в разделе 3.

**Инструкции:** Заполните раздел 1, чтобы документально оформить медицинский или немедицинский отвод, раздел 2, чтобы подтвердить историю болезни ветряной оспы, и раздел 3, чтобы дать согласие на обмен информацией об иммунизации.

Имя \_\_\_\_\_

**1. Документальное оформление медицинского и/или немедицинского отвода (А и/или В).**

Поместите X в поле, чтобы указать медицинский или немедицинский отвод. Если есть отводы для более чем одной вакцины, пометьте каждую вакцину знаком X.

Вакцина	Медицинский отвод	Немедицинский отвод
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis		
Polio		
Measles, Mumps, Rubella		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b		
Chickenpox (varicella)		
Pneumococcal		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Meningococcal		

**А. Медицинский отвод:** Своей подписью ниже я подтверждаю, что этот ребенок не должен получать вакцины, помеченные знаком X в таблице, на основе медицинских показаний (противопоказаний) или потому, что есть лабораторное подтверждение того, что он/а уже имеет иммунитет.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(медицинского работника\*)

**2. История болезни ветряной оспы (varicella).** Этот ребенок болел ветряной оспой в месяце и году \_\_\_\_\_

Своей подписью ниже я подтверждаю, что этот ребенок не нуждается в вакцине против ветряной оспы, потому что:

Я - медицинский работник, и у этого ребенка ранее была диагностирована ветряная оспа, или один из родителей предоставил описание, которое указывает, что в прошлом этот ребенок болел ветряной оспой.

Я - родитель или опекун, и у этого ребенка была ветряная оспа 1 сентября 2010 года или раньше.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(медицинского работника\*, представителя государственной клиники или родителя/опекуна). Подпись родителя в том случае, если ребенок болел ветряной оспой до сентября 2010 года.

\*Медицинский работник определяется как лицензированный врач, медсестра или помощник врача.

Minnesota Department of Health (Министерство здравоохранения штата Миннесоты) - Immunization Program (Программа иммунизации) (2019)

**В. Немедицинский отвод:** Ребенок не обязан проходить иммунизацию, противоречащую вере его родителей или опекунов. Однако решение не делать прививку может подвергнуть риску здоровье или жизнь Вашего ребенка или других людей, с которыми они вступают в контакт. Невакцинированным детям, подверженным заболеванию, предупреждаемому с помощью вакцин, может потребоваться оставаться дома, не посещая учреждения по уходу за детьми, школу и другие виды деятельности ради того, чтобы защитить их и других детей.

Своей подписью я подтверждаю, что этот ребенок не должен получать вакцины, помеченные знаком X в таблице, на основании моей веры. Мне известно, что моему ребенку может потребоваться оставаться дома, не посещая учреждения по уходу за детьми, школу и другие виды деятельности, если ребенок был подвергнут воздействию.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

(родителя или опекуна в присутствии нотариуса)

**Немедицинские отводы также должны быть подписаны и заверены печатью нотариуса:**

Этот документ был признан передо мной \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

заверено \_\_\_\_\_

(имя родителя или опекуна)

Подпись нотариуса: \_\_\_\_\_

Печать нотариуса



ШТАТ МИННЕСОТА, ОКРУГ \_\_\_\_\_

**3. Согласие на передачу информации об иммунизации:** Эта школа запрашивает разрешение на передачу информации об иммунизации Вашего ребенка в информационную систему иммунизации штата Миннесоты. Предоставление Вашего разрешения:

- Обеспечит более легкий доступ для Вас и Вашей школы к календарю прививок, например, при поступлении в школу каждый год.
- Поддержит Вашу школу в защите учеников, ставя её в известность о том, кто может быть уязвим к болезням на основании календарей прививок. Это может быть важно во время вспышки эпидемии.

В соответствии с законодательством штата Миннесота вся предоставленная вами информация является частной и подлежит выдаче только тем лицам, которые уполномочены её получать. Подписание этого раздела формы не является обязательным. Если Вы решаете не подписывать, это не повлияет на медицинские или образовательные услуги, которые получает Ваш ребенок.

Я даю своё согласие на разрешение школе моего ребенка делиться документацией по прививкам моего ребенка с информационной системой иммунизации штата Миннесоты:

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

(родителя/опекуна)