

Reviewed by: _____ Staff Signature	Date: _____	Is there an accompanying signed Certificate of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	-------------	---



DOH 348-013
Rishikuar - Albanian
15/10/08

Certifikatë për Gjendjen e Imunizimit (CIS)

Mbiemri i fëmijës: _____	Emri: _____	Iniciali i mesëm: _____	Adresa e fëmijës: _____
Ditëlindja e fëmijës: _____	Gjinia e fëmijës: _____		
Emri i prindit/kujdestarit: _____	Telefoni gjatë ditës i prindit/kujdestarit: _____		

Nëse e plotësoni me shkrim dore, shkruani vaksinën në rreshtin e majtë të “Dozës” dhe datën që vakcina u bë në kolonën “Data”. Kolona e moshës nuk është e detyrueshme.

◆ E detyrueshme për shkollat dhe kopshtet/parakopshtet ● E detyrueshme vetëm për kopshtet/parashkollat

Vaksina	Doza	Data	Mosha	Vaksina	Doza	Data	Mosha	Vaksina	Doza	Data	Mosha
◆ Hepatiti B (Hep B)				● Pneumokokali (PCV, PPV)				Hepatiti A (Hep A)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3						
					4			Meningokok (MCV4, MPSV4)			
Hepatiti B (Hep B) Koha alternative për adoleshentët				◆ Poliomieliti (IPV, OPV)							
	1				1				1		
	2				2			Virusi Njerëzor i Papolimës (HPV)			
Rotavirus					3				1		
	1				4				2		
	2			Gripi (më i fundit)					3		
	3								4		
◆ Difteria, Tetanozi, Kolla e bardhë (DTaP, DTP, DT)				◆ Fruthi/Shytat/Rubeola (MMR)				Tjetër			
	1				1						
	2				2			Vërtetohet që informacioni i dhënë këtu është i saktë dhe i verifikueshëm.			
	3			◆ Variçela (lija e dhenve)							
	4				1			Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit _____ Data _____			
	5				2			Nënshkrimi i OKSh të licencuar (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Data _____			
◆ Difteria, Tetanozi, Kolla e bardhë (DTaP, DTP, DT)				▼ Verifikimi i historisë së sëmundjes së lisë së dhenve ▼							
	1			<input type="checkbox"/> Ofruesi i kujdesit shëndetësor (OKSh) Verifikuar ▶	<input type="checkbox"/> Shënim i nënshkruar nga OKSh-ja i bashkëngjitur ose			Nënshkrimi i OKSh të licencuar (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Data _____			
	2			<input type="checkbox"/> Nënshkrimi i ofruesit të shërbimit të kujdesit shëndetësor këtu: ▶							
				<input type="checkbox"/> OKSh Verifikuar nga zyra e regjistrimit ▶	Nuk kërkohet nënshkrim nga OKSh nëse është shënuar kutia majtas.			Ose të verë inicialet me miratimin e prindit, ose të verë nënshkrimin e prindit poshtë:			
	3			E pranueshme VETËM për disa klasa. Shkruaj datën ose moshën që fëmija e pati sëmundjen:				Inicialet e personelit që tregon miratimin e prindit: _____			
	4			<input type="checkbox"/> Raport i prindit ▶				Nënshkrimi i prindit që tregon miratim: _____			

Shih faqen e pasme për dokumentimin e imunitetit, udhëzimin e referencës së emrit të njohur të markës dhe listën e shkurtimeve të vaksinave.

Dokumentim i imunitetit me anë të analizës së gjakut (titrim)

Vërtetohet që fëmija që e ka emrin në këtë formular ka evidencë laboratorike të imunitetit ndaj (shënoni të gjitha që aplikohen):

Difteria Hepatiti A Hepatiti B Hib Fruthi Shytat Poliomeleti Rubeola Tetanozi Lija e dhenve

Tjetër (shëno): _____ raportet e laboratorit të bashkëngjitura (të detyrueshme)

X

Emri me germa shtypi i **Ofruesit të licencuar të kujdesit shëndetësor** (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X

Nënshkrimi i **Ofruesit të licencuar të kujdesit shëndetësor** (i detyrueshëm)

Data (e detyrueshme)

Emri i njohur i markës së vaksinës*		Emri i njohur i markës së vaksinës*	
Lexo poshtë dhe përkrah – Emrat e markës janë në radhë alfabetike.		Lexo poshtë dhe përkrah – Emrat e markës janë në radhë alfabetike.	
Emri i njohur i markës	Vaksina	Emri i njohur i markës	Vaksina
Acel-Imune	DTaP	Menomune	MPSV4
ActHIB	Hib	OmniHIB	Hib
Adacel	Tdap	Pediarix	DTaP + IPV + Hep B
Boostrix	Tdap	PedvaxHIB	Hib
Certiva	HPV	Pentacel	DTaP + IPV + Hib
Comvax	Hib + Hep B	Pentavalente	DTaP + Hep B + Hib
Daptacel	DTaP	Pneumovax	PPV23
Decavac	Td	Prevnar	PCV or PCV7
Engerix-B	Hep B	ProHIBIT	Hib
Fluarix	Gripi	ProQuad	MMRV
FluMist	Gripi	Quadracel	DTaP + IPV
Fluvirin	Gripi	Recombivax	Hep B
Fluzone	Gripi	Rotarix	Rotavirus
Gardasil	HPV	RotaTeq	Rotavirus
Havrix	Hep A	Tetramune	DTP + Hib
HibTITER	Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
HyperTET	TIG	Tri-Immunol	DTP
HyperHEP B	HBIG	Tripedia	DTaP
Ipol	IPV	Twinrix	Hep B + Hep A
Infanrix	DTaP	Vaqta	Hep A
Kinrix	DTaP + IPV	Varivax	Variçela
Menactra	MCV4		

Shkurtime e Vaksinave*	
Lexo poshtë – Shkurtime janë në radhë alfabetike.	
Shkurtime	Emri i plotë i vaksinës
DT	Difteria/Tetanozi
DTaP	Diphtheria, Tetanus, Kolla e bardhë pa qeliza
DTP	Difteria, Tetanozi, Kolla e bardhë
Flu (TIV or LAIV)	Gripi
HBIG	Globulinë me imunitet i Hepatitit B
Hep A (HAV)	Hepatiti A
Hep B (HBV)	Hepatiti B
Hib	<i>Gripi Hemofilik</i> lloji b
HPV	Virusi Njerëzor i Papiomës
IPV	Vaksina e poliovirusit e paaktivizuar
MCV4	Vaksina e bashkuar koniugatë e meningokokut
MPSV4	Vaksina Polisakaride e meningokokut
MMR	Fruthi, Shytat, Rubeola
MMRV	Fruthi, Shytat, Rubeola, Kolla e bardhë
OPV	Vaksina me gojë e poliovirusit
PCV or PCV7	Vaksina e bashkuar koniugatë e Pneumokokut
PPV23	Vaksina Polisakaride e Pneumokokut
Rota (RV1 or RV5)	Rotavirus
Td	Tetanozi, Difteria
Tdap	Tetanozi, Difteria, Kolla e bardhë pa qeliza
TIG	Globulinë me imunitet i tetanozit
VAR or VZV	Variçella

*Këto lista mund të mos përfshijnë çdo gjë; vizito <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm> për listat e rifreskuara.
Rishikuar: 10/15/08

DOH 348-106 Albanian