

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
Rev: 10/15/08
Bosnian

Potvrda o Statusu Vakcinacije (CIS)

Prezime djeteta: _____	Ime djeteta: _____	Inicijal drugog vlastitog imena: _____	Adresa djeteta: _____
Datum rođenja djeteta: _____	Spol: _____		
Ime roditelja/staratelja: _____			Broj telefona roditelja/staratelja: _____

Ako pišete rukom, navedite vrstu vakcine u koloni lijevo od "Doze" i datum kada je vakcina primljena u koloni za datum. Nije obavezno da navedete uzrast djeteta.

◆ Obavezno za školu i obdanište/predškolu ● Obavezno samo za obdanište/predškolu

Vakcina	Doza	Datum	Uzrast	Vakcina	Doza	Datum	Uzrast	Vakcina	Doza	Datum	Uzrast
◆ Hepatitis B (Hep B)				● Pneumokokalna (PCV, PPV)				Hepatitis A (Hep A)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3						
					4			Meningokokalna (MCV4, MPSV4)			
Hepatitis B (Hep B) Izborni raspored za tinejdžere				◆ Dječija paraliza (IPV, OPV)							
	1				1			Human Papillomavirus (HPV)			
	2				2				1		
Rotavirus								Drugo			
	1				3				2		
	2			Gripa (zadnja)					3		
	3										
◆ Difterija, Tetanus, Veliki Kašalj (DTaP, DTP, DT)				◆ Ospice, Zaušnjaci, Rubeola (MMR)							
	1				1			Ja potvrđujem da je informacija tačna i da se može provjeriti: Potpis roditelja/staratelja: _____ Datum _____ Potpis ovlaštenog zdravstvenog radnika (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Datum: _____			
	2				2						
	3			◆ Varičela (Vodene kozice)							
	4				1						
	5				2						
◆ Difterija, Tetanus, Veliki Kasalj (Tdap, Td)				▼ Potvrda o vodenoj kozici (varičela) ▼ <input type="checkbox"/> Provjeren od strane zdravstvenog radnika ► <input type="checkbox"/> Potpisana potvrda od strane zdravstvenog radnika priložena <input type="checkbox"/> Potpis zdravstvenog radnika ovdje: ►							
	1			<input type="checkbox"/> Doktor provjeren u registraturi ►				No HCP Sig required if box at left checked. Ako skolsko osoblje nade potvrdu u registraturi, oni moraju: ►			
	2			<input type="checkbox"/> Izvještaj roditelja ►				Prihvaca se samo za određene razrede. Navedite datum kad je dijete imalo bolest: _____ Inicijali ili potpis roditelja ispod: Potpis osoblja da su dobili odobrenje roditelja: _____ Potis roditelja da daju pravo: _____			
	3			Okrenite stranicu da vidite dokumentaciju o vakcinaciji, prodajnom imenu vakcina i skraćenicama.							
	4										

Dokumentacija o vakcinaciji na osnovu nalaza krvi

Potvrđujem da dijete koje je navedeno na ovom formularu ima laboratorijski dokaz o vakcinaciji (označite sve koje se odnose):

Difterija Hepatitis A Hepatitis B Hib Ospice Zaušnjaci Dječija paraliza Rubeola Tetanus Varičela (Vodne kozice)

Drugo (navedite):

priložen laboratorijski nalaz (obavezan)

X

Štampano ime **zdravstvenog radnika** (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X

Potpis **zdravstvenog radnika** (obavezan)

Datum (obavezan)

Prodajno ime vakcine*

Čitajte prema dole i preko – Prodajna imena su u alfabetskom redu.

Prodajno ime	Vakcina	Prodajno ime	Vakcina
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	Flu	ProQuad	MMRV
FluMist	Flu	Quadracel	DTaP + IPV
Fluvirin	Flu	Recombivax	Hep B
Fluzone	Flu	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	Vaqtia	Hep A
Kinrix	DTaP + IPV	Varivax	Varičela
Menactra	MCV4		

Skraćenice za vakcine*

Čitajte prema dole – Skraćenice su u alfabetskom redu.

Skraćenice	Puno ime vakcine
DT	Difterija, Tetanus
DTaP	Difterija, Tetanus, ćelijski veliki kašalj
DTP	Difterija, Tetanus, veliki kašalj
Flu (TIV or LAIV)	Gripa
HBIG	Hepatitis B Imuni Globulin
Hep A (HAV)	Hepatitis A
Hep B (HBV)	Hepatitis B
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b (HIB)
HPV	Human Papillomavirus
IPV	Neaktivna vakcina za dječiju paralizu
MCV4	Meningokokalna spojna vakcina
MPSV4	Meningokokalna Polisaharidna vakcina
MMR	Ospice, Zaušnjaci, Rubeola
MMRV	Ospice, Zaušnjaci, Rubeola, Varičela
OPV	Oralna vakcina za dječiju paralizu
PCV or PCV7	Pneumokokalna spojna Vakcina
PPV23	Pneumokokalna Polisaharidna Vakcina
Rota (RV1 or RV5)	Rotavirus
Td	Tetanus, Difterija
Tdap	Tetanus, Difterija, ćelijski veliki kašalj
TIG	Tetanus imuni globulin
VAR or VZV	Varičela (Vodne kozice)

*Ovaj spisak je možda nepotpun; posjetite <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm> za potpun spisak. DOH 348-013 Revised: 10/15/08 Bosnian