

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: 15/10/08
Russian

Справка о сделанных прививках

Фамилия ребенка: _____	Имя: _____	Инициал отчества: _____	Адрес ребенка: _____
Дата рождения ребенка: _____	Пол ребенка: _____		
Имя и фамилия родителя/опекуна: _____			Дневной телефон родителя/опекуна: _____

Заполняя от руки, указывайте вакцину слева от колонки «Доза», а дату вакцинации – в колонке «Дата». Колонка «Возраст» факультативная.

◆ Необходима для школы и детского сада/яслей. ● Необходима только для детского сада/яслей.

Вакцина	Доза	Дата	Возраст	Вакцина	Доза	Дата	Возраст	Вакцина	Доза	Дата	Возраст
◆ Гепатит Б (Геп Б)				● Пневмококковая (ПКВ, ППВ)				Гепатит А (Геп А)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3						
					4						
Гепатит Б (Геп Б) - График для подростков				◆ Полиомиелит (ИПВ, ОПВ)				Менингококковая (МКВ4, МПСВ4)			
	1				1				1		
	2				2						
Ротавирус				Грипп (самая недавняя)				Вирус папилломы человека (ВПЧ)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3				3		
◆ Дифтерия, столбняк, коклюш (АКДС)				◆ Корь, свинка, краснуха (КСК)				Прочее			
	1				1						
	2				2						
	3										
	4										
	5										
◆ Дифтерия, столбняк, коклюш (АКДС)				◆ Ветрянка				<p>Я свидетельствую, что приведенная здесь информация является правильной и проверяемой.</p> <p>Подпись родителя или опекуна _____ Дата _____</p> <p>Подпись лицензированного медика (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Дата _____</p>			
	1				1						
	2				2						
● Гемофилус инфлюэнцы типа Б (Нів)				▼ Проверка истории заболеваний ветрянкой ▼							
	1			<input type="checkbox"/> Поставщик медицинских услуг (ПМУ) проверен ►							
	2			<input type="checkbox"/> Прилагается справка с подписью ПМУ, или <input type="checkbox"/> Подпись ПМУ здесь: ►							
	3			<input type="checkbox"/> ПМУ проверен регистратурой ►							
	4			Если в рамке слева - отметка, подпись ПМУ не требуется.							
На обороте этой страницы: сведения об иммунитете, справочный список фирменных названий вакцин и список сокращений вакцин.				Если школьные работники найдут данные проверки в регистратуре, школьные работники обязаны: ►							
				Приемлем ТОЛЬКО для определенных классов. Напишите дату или возраст, когда ребенок болел:							
				Либо поставить инициалы с согласия родителей, либо получить подпись родителей ниже:							
				Инициалы работника, подтверждающие согласие родителей:							
				Подпись родителя, подтверждающая согласие:							

Сведения об иммунитете по результатам анализа крови (титр)

Я подтверждаю, что ребенок, указанный в этом формуляре, имеет лабораторно доказанный иммунитет к... (отметить все нужное):

Дифтерии Гепатиту А Гепатиту Б ГиБ Кори Свинке Полиомиелиту Краснухе Столбняку Ветрянке

Прочему (указать): Лабораторный(е) отчет(ы) прилагаются (обязательно).

X

Фамилия и имя (печатными буквами) лицензированного поставщика медицинских услуг (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X

Подпись лицензированного поставщика медицинских услуг (обязательна)

Дата (обязательна)

Фирменные названия вакцин*

Читать сверху вниз и слева направо; названия указаны в алфавитном порядке.

Название	Вакцина	Название	Вакцина
Acel-Imune	АКДС	Menomune	МПСВ4
ActHIB	ГиБ	OmniHIB	ГиБ
Adacel	Сдбк	Pediarix	АКДС + ИПВ + Геп Б
Boostrix	Сдбк	PedvaxHIB	ГиБ
Certiva	ВПЧ	Pentacel	АКДС + ИПВ + ГиБ
Comvax	ГиБ + Геп Б	Pentavalente	АКДС + Геп Б + ГиБ
Daptacel	АКДС	Pneumovax	ППВ23
Decavac	СД	Prevnar	ПКВ или ПКВ7
Engerix-B	Геп Б	ProHIBIT	ГиБ
Fluarix	Грипп	ProQuad	КСКВ
FluMist	Грипп	Quadracel	АКДС + ИПВ
Fluvirin	Грипп	Recombivax	Геп Б
Fluzone	Грипп	Rotarix	Ротавирус
Gardasil	ВПЧ	RotaTeq	Ротавирус
Havrix	Геп А	Tetramune	АКДС + ГиБ
HibTITER	ГиБ	TriHIBit	АКДС + ГиБ
HyperTET	TIG	Tri-Immunol	ДСК
HyperHEP B	ИГГБ	Tripedia	АКДС
Ipol	ИПВ	Twinrix	Геп Б + Геп А
Infanrix	АКДС	Vaqa	Геп А
Kinrix	АКДС + ИПВ	Varivax	Ветрянка
Menactra	МКВ4		

Сокращения вакцин*

Читать сверху вниз: сокращения в алфавитном порядке.

Сокращения	Полное название вакцины
ДС	Дифтерия, столбняк
АКДС	Дифтерия, столбняк, бесклеточная от коклюша
ДСК	Дифтерия, столбняк, коклюш
Грипп (ТГВ или ЖОГВ)	Грипп
ИГГБ	Иммунный глобулин гепатита Б
Геп А (ГАВ)	Гепатит А
Геп Б (ГБВ)	Гепатит Б
ГиБ	<i>Гемофилус инфлюэнцы типа Б</i>
ВПЧ	Вирус папилломы человека
ИПВ	Инактивированная полиовирусная вакцина
МКВ4	Менингококковая конъюгатная вакцина
МПСВ4	Менингококковая полисахаридная вакцина
КСК	Корь, свинка, краснуха
КСКВ	Корь, свинка, краснуха, ветрянка
ОПВ	Оральная полиовирусная вакцина
ПКВ или ПКВ7	Пневмококковая конъюгатная вакцина
ППВ23	Пневмококковая полисахаридная вакцина
Рота (РВ1 или РВ5)	Ротавирус
СД	Столбняк, дифтерия
Сдбк	Столбняк, дифтерия, бесклеточная от коклюша
ИГС	Иммуноглобулин столбняка
VAR или VZV	Ветрянка

*Эти списки могут быть неполными; обновленные списки см. на <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm>