

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  
Sửa đổi: 10/15/08  
Vietnamese

# Giấy Chứng Nhận về Tình Trạng Chích Ngừa (CIS)

Tên Họ của Đứa Trẻ: _____	Tên Gọi: _____	Chữ Đầu của Tên Đêm: _____	Địa Chỉ của Đứa Trẻ: _____
Ngày Sinh của Đứa Trẻ: _____		Giới Tính: _____	
Tên Cha/Mẹ/Người Giám Hộ: _____		Số Điện Thoại Liên Lạc Vào Ban Ngày của Cha/Mẹ/Người Giám Hộ: _____	

**Nếu điền bằng tay, hãy điền tên thuốc ngừa vào bên trái của cột “Liều”, sau đó điền ngày tháng năm chủng ngừa vào cột “Ngày”. Không bắt buộc phải điền vào cột “Tuổi”.**  
 ◆ Bắt Buộc Phải Dùng Thuốc Ngừa Đây Trước Khi Vào Tiểu Học hay Nhà Trẻ/Mầm Non    ● Thuốc Ngừa Đây Chỉ Bắt Buộc Trước Khi Vào Nhà Trẻ/Mầm Non

Thuốc Ngừa	Liều	Ngày	Tuổi	Thuốc Ngừa	Liều	Ngày	Tuổi	Thuốc Ngừa	Liều	Ngày	Tuổi
<b>◆ Viêm Gan B (Hep B)</b>				<b>● Bệnh Nhiễm Phế Cầu Khuẩn (PCV, PPV)</b>				<b>Viêm Gan A (Hep A)</b>			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3						
					4						
<b>Viêm Gan B (Hep B)</b> <small>Thời biểu thay thế dành cho trẻ từ 13–19 tuổi</small>				<b>◆ Bại Liệt (IPV, OPV)</b>				<b>Viêm Màng Não Mô Cầu (MCV4, MPSV4)</b>			
	1				1				1		
	2				2						
<b>Virút Gây Tiêu Chảy Rota</b>					3			<b>Virút Papilloma ở Người (HPV)</b>			
	1				4				1		
	2			<b>Cúm (gắn dây nhất)</b>					2		
	3								3		
<b>◆ Bạch Hầu, Uốn Ván và Ho Gà (DTaP, DTP, DT)</b>				<b>◆ Sởi, Quai Bị và Ban Đào (MMR)</b>				<b>Thuốc Ngừa Khác</b>			
	1				1						
	2				2						
	3			<b>◆ Đậu Mùa (thủy đậu)</b>				<p><b>Tôi xác nhận rằng thông tin khai trên đây là chính xác và có thể kiểm chứng được.</b></p>			
	4				1						
	5				2			<p>Chữ Ký của Cha/Mẹ/Người Giám Hộ _____ Ngày _____</p>			
<b>◆ Bạch Hầu, Uốn Ván và Ho Gà (Tdap, Td)</b>				<b>▼ Việc đưa trẻ đã mắc bệnh đậu mùa được xác nhận bởi ▼</b>				<p>Chữ Ký của HCP Có Giấy Phép Hành Nghề (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Ngày _____</p>			
	1			<input type="checkbox"/> Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế (HCP) ▶	<input type="checkbox"/> Đính kèm giấy xác nhận có chữ ký hoặc	<p><b>Hoặc ký tên tắt để xác nhận đã có sự đồng ý của cha/mẹ hoặc nhờ cha/mẹ ký tên dưới đây:</b></p> <p>Tên viết tắt của nhân viên xác nhận đã có sự đồng ý của cha/mẹ: _____</p> <p>Chữ ký xác nhận của cha/mẹ: _____</p>					
	2			<input type="checkbox"/> HCP ký tên chỗ này: ▶	<input type="checkbox"/> HCP ký tên chỗ này: ▶						
<b>● Haemophilus influenzae loại b (Hib)</b>				<input type="checkbox"/> HCP xác nhận bằng cách xem Danh Sách ghi các trường hợp đậu mùa ▶				<p><b>Nếu nhân viên trường học thấy tên đứa trẻ trên Danh Sách, họ phải: ▶</b></p>			
	1			<p><small>Không cần chữ ký của HCP nếu ở bên trái được đánh dấu.</small></p>				<p><b>Chỉ</b> phù hợp cho một số cấp lớp. Ghi ngày hay tuổi đứa trẻ mắc bệnh: _____</p>			
	2			<input type="checkbox"/> Lời Khai của Cha/Mẹ ▶							
<p>Xin tham khảo mặt sau trang này để xem phần Xác Nhận Tính Miễn Nhiễm Bằng Xét Nghiệm Máu, danh sách liệt kê tên biệt dược của các loại thuốc ngừa, và phần giải thích các từ viết tắt.</p>											

## Xác Nhận Miễn Nhiễm Bằng Xét Nghiệm Máu (xét nghiệm nồng độ kháng thể)

Tôi xác nhận rằng đứa trẻ có tên ghi trong mẫu đơn này có kết quả xét nghiệm cho thấy đã được miễn nhiễm đối với (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp):

Bạch Hầu     Viêm Gan A     Viêm Gan B     Hib     Sởi     Quai Bị     Bại Liệt     Ban Đào     Uốn Ván     Đậu Mùa  
 Bệnh khác (nêu rõ): \_\_\_\_\_     đính kèm (các) báo cáo kết quả xét nghiệm (bắt buộc)

X

Đánh Máy hay Viết Chữ In Hoa Tên của **Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Có Giấy Phép Hành Nghề** (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X

Chữ ký của **Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế Có Giấy Phép Hành Nghề** (bắt buộc)

Ngày (bắt buộc)

### Tên Biệt Dược của các loại Thuốc Ngừa\*

Đọc từ trên xuống và từ phải sang trái – Các tên biệt dược được liệt kê theo thứ tự ABC.

Tên Biệt Dược	Ngừa Bệnh	Tên Biệt Dược	Ngừa Bệnh
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 hay PCV7
Engerix-B	Hep B	ProHIBit	Hib
Fluarix	Cúm	ProQuad	MMRV
FluMist	Cúm	Quadracel	DTaP + IPV
Fluvirin	Cúm	Recombivax	Hep B
Fluzone	Cúm	Rotarix	Virút gây tiêu chảy rota
Gardasil	HPV	RotaTeq	Virút gây tiêu chảy rota
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	Đậu Mùa
Menactra	MCV4		

### Các Chữ Viết Tắt về Thuốc Ngừa\*

Đọc từ trên xuống – Các chữ viết tắt được liệt kê theo thứ tự ABC.

Chữ Viết Tắt	Loại Thuốc Ngừa viết tên đầy đủ
DT	Bạch Hầu, Uốn Ván
DTaP	Bạch Hầu, Uốn Ván, Ho Gà vô bào
DTP	Bạch Hầu, Uốn Ván, Ho Gà
Flu (TIV hay LAIV)	Cúm
HBIG	Globulin Miễn Nhiễm Viêm Gan B
Hep A (HAV)	Viêm Gan A
Hep B (HBV)	Viêm Gan B
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> loại b
HPV	Virút Papilloma ở Người
IPV	Thuốc Ngừa Virút Bại Liệt Đã Khử Hoạt
MCV4	Thuốc Kết Hợp Phòng Ngừa Viêm Màng Não Mô Cầu
MPSV4	Thuốc Polysacarit Phòng Ngừa Viêm Màng Não Mô Cầu
MMR	Sởi, Quai Bị, Ban Đào
MMRV	Sởi, Quai Bị, Ban Đào, Đậu Mùa
OPV	Thuốc Ngừa Virút Bại Liệt Dạng Uống
PCV hay PCV7	Thuốc Kết Hợp Phòng Ngừa Viêm Phế Cầu Khuẩn
PPV23	Thuốc Polysacarit Phòng Ngừa Viêm Phế Cầu Khuẩn
Rota (RV1 hay RV5)	Virút Gây Tiêu Chảy Rota
Td	Uốn Ván, Bạch Hầu
Tdap	Uốn Ván, Bạch Hầu, Ho Gà vô bào
TIG	Globulin Miễn Nhiễm Uốn Ván
VAR hay VZV	Đậu Mùa

\*Những danh sách này có thể không đầy đủ: xin vào trang web <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm> để xem các danh sách cập nhật. DOH 348-013 Được sửa đổi: 10/15/08

Vietnamese