FOR FACILITY USE
Reviewed for compliance by:
_____ Staff Signature
Date: _____ Exemption: (see back) Yes ❑ No ❑

Bosnian

Certificate of Immunization Status

Potvrda o primljenim vakcinama

Zakon Washington države RCW 28A.210.160 zahtjeva da sva djeca imaju ispunjenu potvrdu o primljenim vakcinama u podacima škole, predškole ili ustanove za brigu o djeci kojoj prisustvuju. Raspored koji pokazuje koje vakcine se trebaju primiti kada, je naveden na poleđini ovog formulara. MOLIMO VAS DA ODGOVORITE NA ENGLESKOM JEZIKU.

Prezime djeteta	Ime djeteta	Srednje ime	Pol M ☐ Ž ☐	Datum rođenja mjesec dan godina
Ime roditelja/staratelja		Broj telefona tokom dana		

Imunizacija	Vrsta vakcine	Doza	Datum primanja Mjesec	Dan	Godina
DTaP/DTP/ -DT/Td Difterija, Tetanus, Pertusis		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
POLIO Oralna Polio Vakcina koja se prima na usta, Injekciona Polio Vakcina		1			
		2			
		3			
		4			
HIB Haemophilus Influenzae Vrsta B		1			
		2			
		3			
		4			

Imunizacija	Vrsta vakcine	Doza	Datum primanja Mjesec	Dan	Godina
MMR Krzamak, Zaušnice i Rubeola *[Measles (Rubeola), Mumps & Rubella]*	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
	Krzamak				
	Zaušnice				
	Rubeola				
HEP B (HBV) Hepatitis B		1			
		2			
		3			
DRUGO					

Potvrđujem da su date informacije tačne i vjerodostojne.

X _____ POTPIS RODITELJA ILI STARATELJA

_____ DATUM

© TransACT 2001 v 9.5
Mukilteo, WA 98275
P01036

Vakcinacije koje su obavezne za upis u škole, predškole i ustanove za brigu o djeci †

Dole navedene vakcine su za rutinski preporučene godine. Tamne linije pokazuju raspon prihvaćenih godina za vakcinaciju.

Godine ▶ ▼ Vakcina	Rođenje	2 mjeseca	4 mjeseca	6 mjeseci	12 mjeseci	15 mjeseci	18 mjeseci	4 - 6 godina	11-12 godina	14-16 godina
Hepatitis B ‡	Hep B - 1									
		Hep B - 2		Hep B - 3						
Difterija, Tetanus Pertusis		DTP	DTP	DTP	DTP ili DTaP sa 15+mjeseci			DTP ili DTaP	Td‡	
H.Influenzae vrsta b		Hib	Hib	Hib	Hib					
Polio		OPV	OPV	OPV				OPV		
Krzamak, Zaušnice, Rubeola					MMR			MMR ili	MMR	

† Savjetni Komitet za Vršenje Imunizacija, Američka Akademija Pediatrije i Američka Akademija Porodičnih Ljekara su preporučili i odobrili gornji raspored 1-og januara 1995. Napomene o ovom rasporedu na dnu strane daju više podatka o vakcinama i kada se mogu primiti. Ove napomene se takođe mogu naći u Priručniku o imunizacijama za škole, predškole i ustanove za brigu o djeci, koji se nalazi u većinom škola i u domovima zdravlja.

Iako postoji više, medicinski mnogo novijih i preporučljivijih, rokova za vakcinisanje, samo je onaj iz Januara 1995. Godine obavezan Zakonom o imunizaciji države Washington.

‡ Od septembra 1997

Potvrda o oslobođanju od obaveze prijema vakcine

OBAVJEŠTENJE:

Vaše djete može biti oslobođeno obavezne vakcinacije iz medicinskih, privatnih ili religioznih razloga. Ipak, u slučaju pojave u školi jedne od bolesti protiv kojih su ostali učenici primili vakcinu a vaše dijete nije, za vrijeme trajanja bolesti vaše djete ne bi moglo prisustvovati nastavi.

❑ Oslobođenje iz medicinskih razloga

Potvrđujem da je djete imenovano na ovom formularu oslobođeno obaveza prijema iz medicinskih razloga:

_____ Do _____
Vakcina(e) Datum

_____
Štampajte ili napišite velikim slovima ime ljekara Datum

_____
Potpis ljekara

❑ Oslobođenje iz privatnih razloga
❑ Oslobođenje iz religioznih razloga

Suprostavljam se imunizaciji. Razumijem da moje djete ne bi moglo prisustvovati nastavi za vrijeme trajanja bolesti.

Ne želim da moje djete primi sljedeću(e) vakcinu(e):

_____
Vakcina(e)

_____
Potpis roditelja ili staratelja Datum

Dokumentacija imuniteta

Potvrđujem da djete imenovano na ovom formularu ima laboratorijski dokaz imuniteta protiv krzamaka/zaušnica/rubeole (zaokružite).

Pričvrstite rezultate TITARa.

_____
ŠTAMPAJTE ili NAPIŠITE VELIKIM SLOVIMA ime ljekara

_____
Potpis ili štambilj ljekara Datum

© TransACT 2001 v 9.5
Mukilteo, WA 98275
P01036