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

Albanian

Certificate of Immunization Status

Çertificatë mbi gjendjen e imunizimit

Ligji shtetëror Washington WAC 246-100-166.6a bën të obliguar që të gjithë fëmijët ta kenë një Çertifikatë të plotësuar, mbi gjendjen e imunizimit, të deponuar në shkollë, në institucionin parashkollor apo të përkujdesjes. Në anën e prapme të këtij formulari gjendet tabela e cila tregon llojet e vaksinave dhe periudhën e dhënies së tyre. JU LUTEM PËRGJIGJUNI NË GJUHËN ANGLEZE.

Mbiemri i fëmisë	Emri	Emri i mesëm	Gjinia M ☐ F ☐	Datëlindja muaji data viti
Emri i prindit / kujdestarit		Nr. i telefonit gjatë ditës		

Imunizimi	Lloji i Vaksinës	Doza	Është dhënë më Muaji	Dita	Viti
DTP* (Difteri, Tetanus, Pertussis)		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
POLIO (OPV me gojë, IPV me injekcion)		1			
		2			
		3			
		4			
HIB* (Haemophilus Influenzae Tipi B/ Grip) vetëm për fëmijë që s'janë ende në erdhe		1			
		2			
		3			
		4			

Imunizimi	Doza	Është dhënë më Muaji	Dita	Viti
MMR (Fruth, Gukat, Rubeolla)	1			
	2			
	3			
HEP B (Hepatitis B)	1			
	2			
	3			
TË TJERA				

* Tetramune ose ActHib është vaksinë e kombinuar me DTP dhe Hib. Nëse fëmisë suaj do t'i jipet vaksina e kombinuar, ju lutem shënoni datën në të dy fushat.

Vërtetoj se shënimet e dhëna në këtë formular janë të sakta dhe të verifikueshme.

X_____ _____

NËNSHKRIMI I PRINDIT OSE KUJDESTARIT DATA

WASHINGTON
DOH 348-013(x) Rev. 9/96

© TransACT 2001 v 9.5
Mukilteo, WA 98275
P01036

Të dhënat e imunizimit, të domosdoshme për shkolla, parashkolla dhe institucione për përkujdesje fëmijësh †

Albanian
Certificate of Immunization Status

Vaksinat janë të shënuara në tabelë nën moshat e rekomanduara. Shiritat ngjyrë hiri shtrihen përgjatë moshave kur dhënia e vaksinave është e përshtatshme.

Mosha ▶ ▼ Vaksina	Lindja	2 muaj	4 muaj	6 muaj	12 muaj	15 muaj	18 muaj	4 - 6 vjet	11-12 vjet	14-16 vjet
Hepatitis B ‡	Hep B - 1									
		Hep B - 2		Hep B - 3						
Diferi, Tetanus Pertussis		DTP	DTP	DTP	DTP ose DTaP në moshëvn 15muaj			DTP ose DTaP	Td‡	
H.Influenzae type b (Grip)		Hib	Hib	Hib	Hib					
Polio		OPV	OPV	OPV				OPV		
Fruth, Gukat Rubeolla					MMR			MMR ose MMR		

† Kjo skemë është rekomanduar dhe aprovuar më 1 janar 1995 nga Komisioni Këshillor për Praksën e Imunizimit, Akademisë Amerikane të Pediatrisë dhe Akademisë Amerikane të Mjekëve të Familjes. Fusnotat e këtij plani japin hollësitë mbi vaksinat dhe periudhën kur mund të jipen ato. Ato gjenden në *Doracakun e imunizimit për shkolla, parashkolla dhe institucione për përkujdesje fëmijësh,* të cilat gjenden në shumicën e shkollave dhe departamentet lokale shëndetësore.

Megjithëse ka plane të rekomanduara, të cilat janë më aktuale nga pikëpamja mjekësore, plani i janarit të vitit 1995 është i vetmi që kërkohet nga Ligji i Imunizimit, i shtetit të Washington-it.

‡ Hyri në fuqi në shtator 1997

Deklaratë për lirim nga Ligji i Imunizimit

VINI RE:

Fëmija juaj mund të lirohet nga obligimi për imunizim për arsye mjekësore, personale ose për arsye fetare. Mirëpo, nëse fëmisë suaj i shfaqet ndonjëra nga sëmundjet që ka mundur të parandalohet me vaksinën që fëmija juaj nuk e ka marrë, atëhere asaj/atij mund të mos i lejohet pjesëmarrja në mësimin shkollor, parashkollor apo në çerdhe, derisa të mos i kalojë sëmundja.

❑ Lirim për arsye mjekësore

Vërtetoj se fëmija i shënuar në këtë formular është i liruar për arsye mjekësore nga kërkesa e kësaj/këtyre vaksine/ave:

_____ Deri _____
wVaksina(t) Data

_____
Emri i mjekut/-es, me germa të shtypit ose me makinë shkrimi Data

_____
Nënshkrimi i mjekut/-es

❑ Lirim për arsye personale
❑ Lirim për arsye fetare

Unë jam kundër imunizimit. Jam e vetëdijshme / i vetëdijshëm se fëmija im mund të përjashtohet nga mësimi gjatë shfaqjes së ndonjë sëmundjeje.

Nuk dua që fëmija im të merr vaksinën/-at që vijojnë:

_____
Vaksina(t)

_____
Nënshkrimi i prindit ose kujdestarit Data

Dokumentimi i imunitetit

Vërtetoj se për fëminë e përmendur në këtë formular ka evidenca laboratorike të imunitetit ndaj fruthit/gukave/rubeollave (ju lutem rrethoni).

Dërgoni rezultatet TITER.

_____
SHKRUAJENI ME GERMA TË SHTYPIT ose ME MAKINË SHKRIMI emrin e mjekut /-es

_____
Nënshkrimi ose Vula e Mjeku /-es Data

© TransACT 2001 v 9.5
Mukilteo, WA 98275
P01036