Reviewed for compliance by:

_____
Staff Signature

Date: _____ Exemption: Yes ❑ No ❑
(see back)

Bosnian
Certificate of Immunization Status

POTVRDA O STATUSU VAKCINISANJA

Zakon države Washington (RCW 28A.210.160) nalaže da svako dijete mora imati potvrdu o statusu vakcinisanja u svom dosjeu u školskoj ili predškolskoj instituciji ili obdaništu kojeg pohađa.

Prezime djeteta	Ime	Srednje ime	Spol M ☐ Ž ☐	Datum rođenja
Ime roditelja/staratelja		Broj telefona		

Vakcinacija	Vrsta Vakcine	Doza	Primljena dana		
			Mjesec	Dan	Godina
HEP B - vakcina protiv žutice B (HBV) Hepatitis B - žutica B		1			
		2			
		3			
		4			
DTaP/DTP/DT Difterija, Tetanus, Hripavac		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
Td/Tdap		1			
		2			
		3			
HIB Hemofilija tipa B		1			
		2			
		3			
		4			
Polio OPV (oralno-kroz usta) IPV (inekcija)		1			
		2			
		3			
		4			
		5			

Vakcinacija	Vrsta Vakcine	Doza	Primljena dana		
			Mjesec	Dan	Godina
MMR Ospice (rubeola), Zaušnici & Rubela	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
	OSPICE				
	ZAUŠNICI				
	RUBELA				
VARIČELA (Varičele, male boginje)	VAKCINE	1			
		2			
	OBOLJENJA	DA		NE	
	Približan datum ili uzrast u vrijeme oboljenja				
DRUGE VAKCINE					

Ja potvrđujem da su ovdje navedene informacije istinite te da se mogu provjeriti.

X_____ _____
POTPIS RODITELJA ILI STARATELJA DATUM

Stavka iz zakona o izuzeću od vakcinisanja

OBAVIJEST

Vaše dijete može biti izuzeto (opravdano) od vakcinisanja zbog medicinskih, ličnih ili vjerskih razloga. Međutim, ukoliko dođe do šireg izbijanja bolesti koja se inače može vakcinacijom spriječiti, a Vaše dijete tu vakcinu nije primilo, on ili ona mogu biti isključeni iz škole, predškolskog ili obdaništa sve dok se bolest ne povuče.

❑ Medicinsko izuzeće

Ja potvrđujem da dijete navedeno na ovom formularu je iz medicinskih razloga izuzeto od obaveznog primanja slijedeće vakcine(a):

_____ Do _____

Vakcina(e) Datum

_____

ŠTAMPANIM ili VELIKIM PISANIM slovima upišite ime ovlaštenog pružaoca zdravstvene usluge (doktor - MD, DO, ND, PA, ARNP)

_____

Potpis ovlaštenog pružaoca zdravstvene usluge Datum

❑ Izuzeće zbog ličnih razloga ❑ Izuzeće zbog vjerskog razloga

Ja se protivim vakcinaciji. Ja razumijem da moje dijete može biti iskljunčeno od pohađanja nastave za vrijeme trajanja šire izbijene bolesti.

Ja ne želim da moje dijete primi slijedeću vakcinu(e):

_____

Vakcina(e)

_____

Potpis roditelja ili staratelja Datum

Dokument o imunitetu (oslobađanje)

Ja potvrđujem da dijete navedeno na ovom formularu ima laboratorijski dokaz o imunitetu na ospice/zaušnice/rubelu/varičele (molimo zaokružite).
Priloži TITER rezultate.

_____

ŠTAMPANIM ili VELIKIM PISANIM slovima upišite ime ovlaštenog pružaoca zdravstvene usluge (doktor - MD, DO, ND, PA, ARNP)

_____

Potpis ili pečat ovlaštenog pružaoca zdravstvene usluge Datum

Za više informacija pogledajte:

http://www.cdc.gov/nip/recs/child-schedule.htm#Printable

http://www.doh.wa.gov/cfh/Immunize/schools.htm