



Colorado Department
of Public Health
and Environment

Форма текущей вакцинации Необходимость прививок для школы / учреждения по уходу за ребенком

Примечание для поставщика медицинских услуг: Согласно закону штата Колорадо № 6 CCR 1009-2, для допуска к посещению школ штата Колорадо Управление здравоохранения штата обязано проводить вакцинацию школьников. Расписание «необходимых» прививок соответствует расписанию, рекомендованному правилами ACIP / AAP. Свяжитесь с Отделом по вопросам вакцинации штата Колорадо по телефону 303-692-2700, если у вас возникли вопросы относительно обязательных прививок для школьников. Спасибо.

Уважаемый родитель/опекун: _____

Для того чтобы ваш ребенок мог посещать детское дошкольное учреждение / школу, вам необходимо предоставить его текущую карту прививок. Данную форму можно использовать в качестве памятки, которая поможет вам отследить все необходимые прививки, которые будут сделаны вашему ребенку. Согласно законодательству штата Колорадо, ваш ребенок может посещать детское дошкольное учреждение / школу в том случае, если он проходит своевременную вакцинацию. Просим вас предоставлять карту прививок в школу после каждой вакцинации.

Необходимо сделать следующие прививки:

- | | |
|---|--|
| <p>_____ DTaP (Дифтерия/Столбняк/Коклюш)</p> <p>_____ Tdap (Столбняк/Дифтерия/Коклюш)</p> <p>_____ Td (Столбняк/Дифтерия)</p> <p>_____ Полиомиелит</p> <p>_____ MMR (Корь/Свинка/Краснуха)</p> | <p>_____ Hib (Гемофильная инфекция, тип b)</p> <p>_____ PCV13 (Пневмококковый конъюгат)</p> <p>_____ Гепатит В</p> <p>_____ Ветряная оспа (Ветрянка)</p> |
|---|--|

⌘ Все случаи **ветрянки** будут зарегистрированы врачом (терапевтом или зарегистрированной медсестрой)

Пожалуйста, примите к сведению: Если вакцинация противоречит вашим **религиозным убеждениям**, вам необходимо подписать соответствующее заявление. Если ваш ребенок не может пройти вакцинацию по **медицинским причинам**, терапевт должен подписать соответствующее заявление. Если вакцинация противоречит **вашим убеждениям**, вам необходимо подписать соответствующее заявление. Формы для вышеуказанных заявлений можно найти на обратной стороне Справки о вакцинации Отдела здравоохранения и охраны окружающей среды штата Колорадо.

Подпись: _____ Дата: _____
Школа/Учреждение: _____ Тел.: _____ Факс: _____
Способ уведомления: ___ Телефон ___ Почта ___ Лично

☐ Если вы ставите галочку здесь, это означает, что вам необходимо сделать более одной прививки. Нижеприведенный план должен заполнить ваш врач, а вы должны подписать его и отослать его нам к сроку, обозначенному выше. После того как вы сделаете прививки, предоставьте нам соответствующий отчет. Данный план будет осуществляться до тех пор, пока вы не заполните Справку о вакцинации полностью.

ВАКЦИНА	ВРАЧ / ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ		СРОКИ ПОЛУЧЕНИЯ				
	Если вам нужно направление к врачу, позвоните по номеру 1-800-688-7777.		Расписание прививок должно соответствовать рекомендованным врачом интервалам и правилам ACIP и AAP, либо информации на вкладке от производителя вакцины.				
DTaP	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
Tdap	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата				
Td	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата	Дата	Дата	
Полиомиелит	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата	Дата	Дата	
MMR	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата			
Hib	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата	Дата	Дата	
PCV13	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата	Дата	Дата	

Гепатит В	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата	Дата
Ветряная оспа	Имя, фамилия	Номер телефона	Дата	Дата	

Я соглашаюсь с настоящим планом по необходимым прививкам, предоставлением отчетов и заполнением Справки о вакцинации.

Подпись: _____ **Дата:** _____

указанный выше ребенок без опеки или родитель / опекун