

Справка о ПРОИЗВЕДЁННЫХ Прививках х (CIS)

DOH 348-013 January 2015 Russian

Пишите печатными буквами См. на обороте инструкции по поводу того, как заполнить данный бланк форму или распечатать его с сайта базы данных информационной системы штата по вакцинациям (ИСВ)

Office Use Only:	
Reviewed by: _____	Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Фамилия ребенка: _____	Имя: _____	Инициал отчества: _____	Дата рождения (мм/чч/гггг): _____	Пол: _____	Я разрешаю образовательному учреждению своего ребенка делиться информацией о прививках с Информационной Системой Имунизации, чтобы помочь этому учебному заведению вести учет документации моего ребенка. _____ Требуется подпись родителя или опекуна Дата
Используемые ниже обозначения: <input checked="" type="checkbox"/> Требуется для школы и детского сада/предшколы <input type="checkbox"/> Требуется только для детского сада / предшколы. <input type="checkbox"/> Рекомендуется, но не обязательна.			Я удостоверяю, что информация, приведенная в данном бланке является правильной и может быть проверена _____ Требуется подпись родителя или опекуна Дата		

Вакцина	Доза	Дата		
		Месяц	Число	Год
◆ Гепатит Б (Геп Б)				
	1			
	2			
	3			
или Геп Б - 2 дозы, другой график для подростков				
	1			
	2			
■ Ротавирус (РВ1, РВ5)				
	1			
	2			
	3			
◆ Дифтерия, столбняк, коклюш (АКДС)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Столбняк, дифтерия, коклюш (АКДС)				
	1			
■ Столбняк, дифтерия (АДС)				
	1			
	2			
● Гемофилюс инфлюэнцы типа Б (ГиБ)				
	1			
	2			
	3			
	4			
■ Инфлюэнца (грипп, последняя по времени)				

Вакцина	Доза	Дата		
		Месяц	Число	Год
● Пневмококковая (ПКВ, ППВ)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Полиомиелит (ИПВ, ОПВ)				
	1			
	2			
	3			
	4			
◆ Корь, свинка, краснуха (КСК)				
	1			
	2			
◆ Ветряная оспа (Ветрянка)				
	1			
	2			
■ Гепатит А (Геп А)				
	1			
	2			
■ Вирус папилломы человека (ВПЧ) – Нельзя распечатать из базы данных ИСВ, впишите даты от руки.				
	1			
	2			
	3			
■ Менингококковая (МКВ, МПСВ)				
	1			
	2			

Если ребенок, указанный в данной справке, перенёс заболевание ветряной оспой и (а не был привит от него), необходимо проверить историю болезни. Отметьте один из нижеприведённых пунктов: 1, 2 ИЛИ 3 (см пункт 5 на обороте).

1) Ветряная оспа подтверждена на основе информации, распечатанной из базы данных Информационной Системы штата по Вакцинациям (ИСВ) munization Infomation System (IIS). (не от руки). Отметка должна уже иметься в распечатанном бланке, а не делаться от руки

2) Ветряная оспа подтверждена поставщиком медицинских услуг (ПМУ). Если вы отметили галочкой этот квадратик, то отметьте 2А ИЛИ 2В ниже.
 2А) Приложена справка за подписью ПМУ, ИЛИ
 2В) ПМУ подписал данную справку; Вписать его фамилию печатными буквами:

Подпись лицензированного поставщика медицинских услуг
 Дата
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Имя и фамилия, разборчиво:

3) Ветряная оспа подтверждена работниками образовательного учреждения на основе сведений, содержащихся в базе данных Информационной Системы по Вакцинациям штата.

Если ребенок может проявить иммунитет по анализу крови (титрованию) и не был привит, попросите своего ПМУ заполнить эту рамку.

Подтверждение иммунитета

Я подтверждаю, что ребенок, указанный в этой справке, имеет лабораторно (титрованием) доказанный иммунитет к отмеченным заболеваниям.

ОБЯЗАТЕЛЬНО также приложить подписанные результаты лабораторного исследования.

Дифтерия

Свинка

Прочее:

Гепатит А

Полиом-т

Гепатит Б

Краснуха

ГиБ

Столбняк

Корь

Ветрянка

Подпись лицензированного ПМУ
(MD, DO, ND, PA, ARNP)

Дата

Имя и фамилия, печатными буквами:

Инструкции по заполнению бланка Справки о Произведённых Прививках (СПП) : т.е. по распечатыванию его из базы данных информационной системы штата по вакцинациям или заполнению от руки).

#1. Распечатывание справки с заполненными сведениями: Сначала спросите, регистрирует ли ваш поставщик медицинских услуг все производимые им прививки в Информационной Системе штата Вашингтон по Вакцинациям (т.е., в базе данных всего штата). Если да, то попросите его распечатать справку СПП для вашего ребёнка из системы ИСВ, и тогда информация о произведённых ему будет автоматически вписана в эту справку. **Обязательно** проверьте всю информацию, **поставьте на справке подпись и дату** и сдайте её в образовательное учреждение или детский сад. Если медицинское учреждение вашего провайдера не пользуется базой данных системы ИСВ, то попросите у него копию списка произведённых вашему ребёнку прививок и заполните распечатанный бланк Справки от руки от руки, следуя указаниям нижеприведённых пунктов 2-7

ОБРАЗЕ

#2. Заполнение от руки: В верхнюю рамку впишите печатными буквами имя и фамилию ребенка, дату его рождения и пол, а также свои имя и фамилию.

#3. Впишите каждую прививку, сделанную ребенку, под соответствующим заболеванием.

Записывайте тип вакцины в колонке «Вакцина», а дату введения каждой дозы – в колонках «Месяц», «Число» и «Год» (в формате мм/чч/гггг). Например, если прививку АКДС делают 12 января, 20 марта и 1 июня 2011 года, укажите это, как показано здесь: ►

Вакцина	Доза	Дата		
		Месяц	Число	Год
◆ Дифтерия, столбняк, коклюш (АКДС)				
АКДС	1	01	12	2011
АКДС	2	03	20	2011
АКДС	3	06	01	2011

#4. Если ребенку делают комбинированную прививку (одну прививку от нескольких болезней), пользуйтесь Памяткой (см. ниже) для правильной записи каждой вакцины. Например, записывайте Pediarix в колонке «Дифтерия, столбняк, коклюш» как **АКДС**, гепатит Б как **Геп Б**, полиомиелит как **ИПВ**.

#5. Если ребёнок переболел ветряной оспой, а не получил от неё прививку, то используйте только **один из следующих трёх вариантов указания** этой информации в бланке Справки (СПП):

- Если справка СПП распечатывается непосредственно из базы данных ИСВ, (вашим поставщиком медицинских услуг или образовательным учреждением), и при этом найдено подтверждение заболевания – то квадратик автоматически отмечается галочкой. . Отметка в этом квадратике считается действительной только в том случае, если она уже имеется в распечатке из базы данных ИСВ (а не сделана от руки).
- Если ваш поставщик медицинских услуг (ПМУ) может подтвердить, что ребёнок переболел ветряной оспой, то отметьте галочкой квадратик 2. Затем отметьте галочкой либо квадратик 2А – в подтверждение того, что прилагается справка за подписью вашего ПМУ, либо квадратик 2В, если ваш ПМУ поставит подпись и дату в отведенном месте. Убедитесь также, что полные имя и фамилия вашего ПМУ вписаны печатными буквами.

3) Если работники образовательного учреждения вашего ребёнка, воспользовавшись доступом к базе данных ИСВ, обнаружат в ней подтверждение того, что ваш ребёнок перенёс ветряную оспу, то они поставят отметку в квадратике 3.

#6. Документальное подтверждение наличия иммунитета к заболеваниям: если анализ крови (на титр антител) показал, что у вашего ребенка имеется иммунитет, и при этом ему не делалась прививка, то эту рамку должен заполнять ваш поставщик медицинских услуг (ПМУ). Попросите своего ПМУ указать эти заболевание/я, поставить подпись и дату, написать печатными буквами его имя и фамилию в отведенном месте и **приложить подписанные результаты лабораторных анализов.**

#7. Обязательно поставьте свою **подпись и дату на справке СПП** и сдайте справку в школу или детский сад.

Памятка

П А М Я Т К А

Фирменные названия вакцин в алфавитном порядке (Обновленные списки здесь: https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf)									
Название	Вакцина	Название	Вакцина	Название	Вакцина	Название	Вакцина	Название	Вакцина
ActHIB	Hib	FluLaval	Flu	Ipol	IPV	PedvaxHIB	Hib	Twinrix (Twnrx)	Hep A + Hep B
Adacel	Tdap	FluMist	Flu	Infanrix	DTaP	Pentacel (Pntcl)	DTaP + Hib + IPV	Vaqta	Hep A
Afluria	Flu	Fluvirin	Flu	Kinrix (Knrx)	DTaP + IPV	Pneumovax	PPSV or PPV23	Varivax	Varicella
Boostrix	Tdap	Fluzone	Flu	Menactra	MCV or MCV4	Prevnar	PCV or PCV7 or PCV13		
Cervarix	HPV2	Gardasil	HPV4	MenHibrix (Mnhbrx)	Meningococcal C/Y-HIB-PRP	ProQuad (PrQd)	MMR + Varicella		
Daptacel	DTaP	Havrix	Hep A	Menomune	MPSV or MPSV4	Recombivax HB	Hep B		
Engerix-B	Hep B	Hiberix	Hib	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Fluarix	Flu	HibTITER	Hib	Pediarix (Pdrx)	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		

Сокращения вакцин в алфавитном порядке (Обновленные списки здесь: https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf)							
Сокращени я	Полное название вакцины	Сокращения	Полное название вакцины	Сокращения	Полное название вакцины	Сокращени я	Полное название вакцины
ДС	Дифтерия, столбняк	Геп А (ГАВ) Геп Б (ГБВ)	Гепатит А Гепатит Б	МПСВ или МПСВ4	Менингококковая полисахаридная вакцина	Рота (РВ1 или РВ5)	Ротавирус
АКДС	Дифтерия, столбняк, бесклеточная от коклюша	ГиБ	Гемофилюс инфлюэнцы типа Б	КСКВ	Корь, свинка, краснуха, ветрянка	СД	Столбняк, дифтерия
ДСК	Дифтерия, столбняк, коклюш	ВПЧ	Вирус папилломы человека	ОПВ	Оральная полиовирусная вакцина	Сдбк	Столбняк, дифтерия, бесклеточная от коклюша
Грипп	Грипп (инфлюэнца)	ИПВ	Инактивированная полиовирусная вакцина	ПКВ или ПКВ7 или ПКВ13	Пневмококковая конъюгатная вакцина	ИГС	Иммуноглобулин столбняка
ИГГБ	Иммунный глобулин гепатита Б	МКВ или МКВ4	Менингококковая конъюгатная вакцина	ППСВ или ППВ23	Пневмококковая полисахаридная вакцина	ВЕТ или ВВО	Ветряная оспа

Если для удобства чтения вы желаете получить этот документ в другом формате, звоните 1-800-525-0127 (TDD/TTY 711). Russian **DOH 348-013 January 2015**