إشعار بالتحصينات الفائتة والقبول المؤقت

VERMONT
DEPARTMENT OF HEALTH

قانون فيرمونت للتحصين، تم تبنيه وفق لـ 18 V.S.A. الفقرة 1123، والتي تقضي بأنه على جميع الأطفال/ الطلاب الحصول على التحصينات المطلوبة قبل دخول المدرسة إلا إذا كان قد تم إعفاؤهم منها بناء على أسباب طبية أو دينية.

سجلات التحصينات المقدمة للطفل/ الطالب الذي يرد اسمه فيما يلي مفقودة أو غير كاملة.

إذا كان الطفل/ الطالب قد حصل على الجرعة أو الجرعات التي يوجد حولها دائرة فيرجى تقديم سجل تحصينات لمؤسسة رعاية الطفل أو لمكتب الصحة المدرسي على الفور.

إذا كان قد تم تحديد موعد للطفل/ الطالب لتلقي الجرعة أو الجرعات الفائتة من اللقاحات بما يتماشى مع جدول التحصينات التابع لمراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها، يجب استيفاء قسم القبول المؤقت الوارد أدناه عن طريق أحد مزودي الرعاية الصحية ويتم تقديمه لمنشأة رعاية الطفل أو للمدرسة.

_____ _____

الاسم الأول والأخير للطفل/ الطالب تاريخ الميلاد

_____لا يوجد سجل للتحصينات أو بشأن الإعفاء منها في الملف الموجود بالمدرسة للطالب المذكور أعلاه..

_____اللقاحات والجرعات التي تحمل علامة دائرة فيما يلي تشير إلى الأمور المطلوبة من الطالب استيفائها للوفاء بمتطلبات مدارس فيرمونتا. قواعد التحصين.

_____اللقاح والجرعات التي تحمل دائرة لا تفي بالتوصيات الخاصة باللقاحات الكاملة.
تبعًا لمراكز التحكم في الأمراض وقواعد التحصينات بمدارس فيرمونت. من الضروري الحصول على جرعة أو جرعات إضافية.

نوع اللقاح	الجرعة/ الجرعات الفائتة					
لقاح (التيتانوس، الدفتيريا، السعال الديكي) DTaP/الدفتيريا /لقاح Tdap	1	2	3	4	5	1 (Tdap)
شلل الأطفال *لا ينطبق على طلاب الكليات	1	2	3	4		
الثلاثي MMR	1	2				
الكبد الوبائي B	1	2	3			
الحماق(الجديري) * أو وثائق تشير بتاريخ مرضي	1	2				
المكورات السحائية *مطلوب فقط للطلاب المقيمين (بالسكن الداخلي للمدرسة) في الصفوف 7-12 وطلاب العام الأول الجامعيين الذين يقيمون بالسكن الداخلي	1	2				
المكورات الرئوية (PCV) *مطلوب فقط لرعاية الطفل	1	2	3	4		
المستدمية النزلية من النوع ب (Hib) *مطلوبة فقط لرعاية الطفل	1	2	3	4		

طلب قبول مؤقت:

يخضع الطفل/ الطالب المذكور أعلاه لاستيفاء متطلبات اللقاحات. وقد تم تحديد موعد لتلقي اللقاح بتاريخ _____/_____/_____. عقب تلقي التلقيح، سيتم منح ولي الأمر الوثائق وإخباره بتقديم سجل التحصينات المحدث لبرنامج رعاية الطفل أو للمدرسة.

_____ _____

الاسم المطبوع لمزود الرعاية الصحية توقيع مزود الرعاية الصحية

التاريخ:____/____/____ رقم الهاتف: _____

لمناقشة هذا الإخطار، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة أو المدير _____الهاتف_____

070116