



# Certificate of Immunization Status (CIS, Прививочный сертификат)

Для поступления в детский сад, 12-я группа / Детское учреждение

Распечатайте документ. Ознакомьтесь с инструкциями о заполнении данной формы на оборотной стороне или распечатайте форму из информационно-справочной системы по вакцинации штата Вашингтон.

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

Фамилия ребенка:	Имя:	Первая буква второго имени:	Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ):	Пол:
_____	_____	_____	_____	_____

Я разрешаю школе, в которой обучается мой ребенок, предоставлять информацию о проведенной ему/ей вакцинации в информационно-справочную систему по вакцинации для целей ведения школьного делопроизводства в отношении моего ребенка.

➔

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что представленная в настоящей форме информация является точной и достоверной.

➔

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

- ◆ Необходимо для поступления в школу, детский сад/детское дошкольное учреждение
- Требуется только в детском саду/детском дошкольном учреждении

Дата                      Дата                      Дата                      Дата                      Дата                      Дата  
 ДД/ММ/ГГГГ            ДД/ММ/ГГГГ            ДД/ММ/ГГГГ            ДД/ММ/ГГГГ            ДД/ММ/ГГГГ            ДД/ММ/ГГГГ

**Прививки, которые требуются для поступления в школу или детский сад**

◆ DtaP / DT (дифтерия, столбняк, коклюш)						
◆ Tdap (столбняк, дифтерия, коклюш)						
◆ Td (столбняк, дифтерия)						
◆ Гепатит В <input type="checkbox"/> График вакцинации с двухразовым режимом введения вакцины в возрасте от 11 до 15 лет						
● Hib-вакцина (вакцина против гемофильной палочки типа b)						
◆ IPV / OPV (полиомиелит)						
◆ MMR (корь, краснуха, паротит)						
● PCV / PPSV (пневмококковая инфекция)						
◆ Ветряная оспа (ветрянка) <input type="checkbox"/> Анамнез заболевания, подтвержденный IIS						

**Рекомендуемые прививки (не требуются для поступления в школу или детский сад)**

Грипп						
Гепатит А						
ВПЧ (вирус папилломы человека)						
MCV / MPSV (менингококковая инфекция)						
MenB (менингококковая инфекция)						
Ротавирусная инфекция						

**Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию**

*Исключительно для использования врачом*

**Наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS, в анамнезе ветряной оспы (ветрянки) или иммунитета (титр антител) по результатам анализов крови ДОЛЖНО быть подтверждено медицинским учреждением**

Подтверждаю наличие у ребенка, указанного в настоящем CIS:

- подтвержденной ветряной оспы в анамнезе;
- подтвержденного результатами лабораторных исследований иммунитета (титр антител) к указанному (-ым) ниже заболеванию (-ям).  
**НЕОБХОДИМО также приложить результат(-ы) лабораторных анализов на титры антител.**

<input type="checkbox"/> Дифтерия  <input type="checkbox"/> Гепатит А  <input type="checkbox"/> Гепатит В  <input type="checkbox"/> Hib (гемофильная инфекция типа В)  <input type="checkbox"/> Корь	<input type="checkbox"/> Свинка  <input type="checkbox"/> Полиомиелит  <input type="checkbox"/> Краснуха  <input type="checkbox"/> Столбняк  <input type="checkbox"/> Ветряная оспа	<input type="checkbox"/> Другое: _____  _____  _____
--	---	--

Подпись лицензированного врача \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(MD, DO, ND, PA, ARNP)

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

## Инструкции по заполнению Прививочного сертификата (ПС): распечатка из информационно-справочной системы по вакцинации (IIS) или заполнение вручную.

**Распечатать с заполненной информацией о вакцинации:** Узнайте у своего врача, регистрирует ли он факт проведенной вакцинации в информационно-справочной системе по вакцинации штата Вашингтон (общей базе данных штата Вашингтон). В случае положительного ответа попросите его распечатать CIS из IIS, и информация о вакцинации Вашего ребенка будет заполнена автоматически. CIS можно также распечатать дома, зарегистрировавшись и зайдя на портал MyIR на странице <https://wa.myir.net>. Если ваш врач не пользуется IIS, обратитесь за копией CIS Вашего ребенка по электронной почте или по телефону в Министерство здравоохранения: [waisrecords@doh.wa.gov](mailto:waisrecords@doh.wa.gov) или 1-866-397-0337.

### Для заполнения формы вручную:

**№1** Введите имя, дату рождения и пол Вашего ребенка и напишите Ваше Ф.И.О. в обозначенном месте на странице 1.

**№ 2 Информация о вакцине:** Укажите в колонках с датами дату введения каждой дозы вакцины (в формате ДД/ММ/ГГГГ). Если Ваш ребенок получает комбинированную вакцину (которая защищает от нескольких заболеваний), воспользуйтесь приведенным ниже справочником для правильного обозначения каждой вакцины. Например, обозначьте «Педиатрикс» в графе «дифтерия, столбняк, коклюш» как **DTaP**, гепатит В как **Нер В** и полиомиелит как **IPV**.

**№ 3 Анамнез заболевания ветряной оспой:** Если у Вашего ребенка была ветрянка (ветряная оспа), и он не прошел вакцинацию от этого заболевания, **в соответствии с требованиями школы наличие ветрянки в анамнезе должно быть подтверждено медицинским учреждением.**

Если Ваш врач может подтвердить, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, попросите его поставить соответствующую отметку в разделе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию» и подписать форму.

Если персонал школы получит доступ в IIS и увидит подтверждение того, что Ваш ребенок переболел ветрянкой, они проверят отметку в ячейке «Ветряная оспа» в разделе «Вакцинация».

**№ 4 Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию:** Если у Вашего ребенка положительный результат анализов крови на антитела (титр антител), свидетельствующий о наличии иммунитета, в отсутствие вакцинации, попросите своего врача поставить отметку в ячейках с указанием соответствующих заболеваний в графе «Подтверждение наличия иммунитета к заболеванию», подписаться и поставить дату в форме. **С CIS необходимо предоставить результаты лабораторных исследований.**

Справочник с сокращенными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте

<https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины	Сокращенные наименования	Полное наименование вакцины
DT	Дифтерия, столбняк	Нер А	Гепатит А	MCV / MCV4	Менингококковая конъюгированная вакцина	OPV	Пероральная полиомиелитная вакцина	Tdap	Столбняк, дифтерия, ацеллюлярный коклюш
DTaP	Дифтерия, столбняк, ацеллюлярный коклюш	Нер В	Гепатит В	MenB	Менингококковая вакцина В	PCV / PCV7 / PCV13	Пневмококковая конъюгированная вакцина	VAR / VZV	Ветряная оспа
DTP	Дифтерия, столбняк, коклюш	Hib	<i>Вакцина против гемофильной палочки типа b</i>	MCV / MPSV4	Менингококковая полисахаридная вакцина	PPSV / PPV23	Пневмококковая полисахаридная вакцина		
Flu (IV)	Грипп	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Вирус папилломы человека	КПК	Корь, паротит, краснуха	Rota (RV1 / RV5)	Ротавирусная инфекция		
HBIG	Иммуноглобулин к гепатиту В	IPV	Инактивированная полиомиелитная вакцина	MMRV	Корь, паротит, краснуха с ветряной оспой	Td	Столбняк, дифтерия		

Справочник с фирменными наименованиями вакцин в алфавитном порядке

Новый перечень приводится на веб-сайте

<https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf>

Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина	Фирменное наименование	Вакцина
Акт-ХИБ® (ActHIB®)	Hib	Флюарикс® (Fluarix®)	Грипп	Хаврикс® (Havrix®)	Нер А	Менвео® (Menveo®)	Менингококковая инфекция	Ротарикс® (Rotarix®)	Ротавирусная инфекция (RV1)
Адацел® (Adacel®)	Tdap	Флуселвакс® (Flucelvax®)	Грипп	Хиберикс® (Hiberix®)	Hib	Педиарикс® (Pediarix®)	DTaP + Нер В + IPV	Ротатек® (RotaTeq®)	Ротавирусная инфекция (RV5)
Афлурия® (Afluria®)	Грипп	ФлуЛавал® (FluLaval®)	Грипп	ХибТИТЕР® (HibTITER®)	Hib	ПедвакХИБ® (PedvaxHIB®)	Hib	Тенивак® (Tenivac®)	Td
Бексеро® (Bexsero®)	MenB	ФлуМист® (FluMist®)	Грипп	Ипол® (Ipol®)	IPV	Пентасел® (Pentacel®)	DTaP + Hib + IPV	Труменба® (Trumenba®)	MenB
Боострикс® (Boostrix®)	Tdap	Флувирин® (Fluvirin®)	Грипп	Инфанрикс® (Infanrix®)	DTaP	Пневмовакс® (Pneumovax®)	PPSV	Твинрикс® (Twinrix®)	Нер А + Нер В
Серварикс® (Cervarix®)	2vHPV	Флузон® (Fluzone®)	Грипп	Кинрикс® (Kinrix®)	DTaP + IPV	Превнар® (Prevnar®)	PCV	Вакта® (Vaqta®)	Нер А
Даптасел® (Daptacel®)	DTaP	Гардасил® (Gardasil®)	4vHPV	Менактра® (Menactra®)	MCV или MCV4	ПроКвад® (ProQuad®)	MMR + ветряная оспа	Варивакс® (Varivax®)	Ветряная оспа
Энгерикс-Б® (Engerix-B®)	Нер В	Гардасил® 9 (Gardasil® 9)	9vHPV	Меномун® (Menomune®)	MPSV4	Рекомбивакс ХБ® (Recombivax HB®)	Нер В		

Если у вас есть инвалидность и вам нужен этот документ в другом формате, пожалуйста, позвоните по номеру 1-800-525-0127 (TDD/TTY: звоните 711).

DOH 348-013 December 2016 Russian