



Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
 Signed COE on File? Yes No

Потрібно заповнювати друкованими літерами. Інструкції щодо заповнення та друку цієї форми свідоцтва про стан імунізації (CIS) за допомогою системи Washington State Immunization Information System (IIS, Інформаційна система з імунізації штату Вашингтон) див. на зворотній стороні цього документа.

Прізвище дитини: _____ **Ім'я дитини:** _____ **Ініціал імені по батькові:** _____ **Дата народження (ДД.ММ.РРРР)** _____

Я дозволяю школі/дошкільному освітньому закладу моєї дитини вводити дані про імунізацію в систему Immunization Information System для ведення медичних записів моєї дитини.

Лише для осіб з умовним допуском. Я усвідомлюю, що мою дитину умовно допущено до школи/дошкільного освітнього закладу. Щоб дитина могла надалі відвідувати навчальний заклад, мені потрібно у визначений термін надати документи про імунізацію. Вказівки щодо умовного допуску див. на зворотній стороні цього документа.

X _____
Підпис одного з батьків або опікуна _____ **Дата** _____

X _____
Підпис одного з батьків або опікуна необхідний, якщо спочатку дитину допущено умовно _____ **Дата** _____

▲ Необхідно для школи	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
● Необхідно для дошкільного освітнього закладу	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

Обов'язкові вакцини для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу

●▲ DTap (дифтерія, правець, кашлюк)						
▲ Tdap (правець, дифтерія, кашлюк) (7 клас і старше)						
●▲ DT або Td (правець, дифтерія)						
●▲ Гепатит В						
● Hib (гемофільна інфекція типу b)						
●▲ IPV (ІПВ, поліомієліт) (будь-яка комбінація IPV/OPV)						
●▲ OPV (ОПВ, поліомієліт)						
●▲ MMR (КПК або «кір, паротит, краснуха»)						
● PCV/PPSV (пневмококова кон'югована вакцина / пневмококова полісахаридна вакцина) (пневмонія)						
●▲ Вітряна віспа (вітрянка)						
<input type="checkbox"/> Історія хвороби, підтверджена в системі IIS						

If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:
 A verified history of varicella (chickenpox) disease.
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella
<input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)		

Рекомендовані вакцини (необов'язкові для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу)

Грип						
Гепатит А						
HPV (ВПЛ, вірус папіломи людини)						
MCV/MPSV (менінгококова кон'югована вакцина / менінгококова полісахаридна вакцина) (менінгококова інфекція типів А, С, W, Y)						
MenB (менінгококова інфекція типу В)						
Ротавірус						

Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____

Printed Name _____

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
 If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Інструкції щодо заповнення свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS, свідоцтво про стан імунізації). Роздрукуйте форму із системи Immunization Information System (IIS) або заповніть її вручну.

Щоб роздрукувати форму із заповненою інформацією про імунізацію, виконайте наведені нижче дії.

Дізнайтеся, чи вводить ваш медичний заклад дані про імунізацію в систему WA Immunization Information System (реєстр штату Вашингтон). Якщо так, попросіть роздрукувати свідоцтво CIS із системи IIS, і дані щодо імунізації дитини буде заповнено автоматично. Ви також можете роздрукувати свідоцтво CIS удома, зареєструвавшись у системі MyIR і ввійшовши в неї на сторінці <https://wa.myir.net>. Якщо медичний заклад не використовує систему IIS, зверніться за адресою електронної пошти або зателефонуйте до Department of Health (Управління охорони здоров'я), щоб отримати копію свідоцтва CIS своєї дитини: waisrecords@doh.wa.gov або 1-866-397-0337.

Щоб заповнити форму вручну:

1. Напишіть друкованими літерами ім'я й дату народження своєї дитини та поставте підпис у вказаному місці на сторінці.
2. Укажіть дату введення кожної вакцини в стовпці дати (у форматі ДД.ММ.РР). Якщо дитина отримує комбіновану вакцину (одна доза, що захищає від кількох захворювань), дотримуйтеся вказівок наведеного нижче довідкового посібника, щоб правильно записати кожну вакцину. Наприклад, препарат Pediarix слід указати для дифтерії, правця й кашлюку як «DTaP», вакцину від гепатиту В як «Hep B», а від поліомієліту – як «IPV».
3. Якщо дитина перенесла вітрянку (вітряну віспу), однак їй не робили щеплення, лікар має перевірити факт захворювання для відповідності вимогам школи.
 - Якщо лікар може підтвердити, що дитина хворіла на вітрянку, попросіть його поставити відповідний прапорець у розділі Documentation of Disease Immunity (Документація щодо імунітету до захворювань) і підписати форму.
 - Якщо працівники школи побачать у системі IIS підтвердження того, що дитина хворіла на вітрянку, вони поставлять прапорець під вітряною віспою в розділі вакцин.
4. Якщо дитина демонструє позитивний імунітет за результатами аналізу крові (титру), лікар повинен поставити прапорці біля відповідних захворювань у розділі Documentation of Disease Immunity та підписати форму, указавши дату. До цього свідоцтва CIS потрібно додати результати лабораторних аналізів.
5. Надайте підтвердження записів, завірених медичним закладом, відповідно до наведених нижче вказівок.

Припустимі медичні записи

Усі записи про вакцинацію мають бути завірени медичним закладом. Наприклад:

- Форма свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS), роздрукована з датами вакцинації із системи Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR або системи IIS іншого штату.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS, засвідчений підписом лікаря.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS і додані записи про вакцинацію з електронної картки в системі медичного закладу, засвідчені підписом або печаткою лікаря. Директор, медсестра або інша вповноважена особа школи повинні перевірити, чи правильно у свідоцтві CIS зазначено дати, і підписати форму.

Умовний допуск

Діти можуть умовно допускатися до школи або дошкільного освітнього закладу, якщо вони не пройшли всю необхідну для такого допуску вакцинацію. (Між дозами в курсі вакцинації існують мінімальні проміжки, тож деяким дітям може бути потрібно зачекати певний час, перш ніж вони зможуть завершити відповідний курс вакцинації. Це означає, що вони можуть бути умовно допущені до школи або дошкільного освітнього закладу під час очікування наступної обов'язкової дози вакцини.) Для умовного допуску до школи або дошкільного освітнього закладу дитині має бути призначено всі передбачені дози вакцин, перш ніж вона почне відвідувати школу або дошкільний освітній заклад.

Учні з умовним допуском можуть залишатись у школі протягом часу очікування мінімальної припустимої дати наступного введення вакцини та ще 30 днів, відведених для надання документів про вакцинацію. Якщо учню потрібно завершити кілька курсів вакцинації, умовний допуск подовжувється схожим чином, доки всі обов'язкові вакцини не буде зроблено.

Якщо після 30-денного періоду умовного допуску документи не буде надано школі або дошкільному освітньому закладу, учню буде заборонено надалі відвідувати їх відповідно до положення RCW 28A.210.120 (розділ 28A.210.120 Зведення законів штату Вашингтон із поправками). Допустимими документами вважаються докази наявності імунітету до відповідного захворювання, медичні записи про вакцинацію або заповнена форма свідоцтва Certificate of Exemption (COE, свідоцтво про звільнення).

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 November 2019