



የተማሪ ነዋሪነት ማረጋገጫ ክለሳዎች

የተማሪ ስም: _____ ትምህርት: _____ ክፍል: _____

አድራሻ: _____ ከተማ: _____ ግዛት: _____ ዚፕ: _____

በዲስትሪክቱ ውስጥ ነዋሪነትን ለማረጋገጥ ከሚከተለው ዝርዝር ውስጥ አንድ ወቅታዊ ሰነዶች መቅረብ አለባቸው :: ሰነዱ የወላጆችን / የአሳዳጊውን ስም እና አድራሻ የሚያሳይበትን ስልሳ ቀናት ባለት ቀናት ውስጥ መቅረብ አለበት (የፖስታ ሣጥን ቁጥሮች እንደ መኖሪያ አድራሻ ተቀባይነት የላቸውም) ::

- ☐ Escrow ወረቀቶች ፣ የሞርጌጅ መጽሐፍ ወይም መግለጫ
- ☐ የመኖሪያ ኢንሹራንስ መግለጫ
- ☐ የኪራይ ውል / ኪራይ ስምምነት አሁን ካለው የኪራይ ደረሰኝ
- ☐ ጋዝ ወይም ኤሌክትሪክ ሂሳብ ጋር
- ☐ የውሃ ሂሳብ
- ☐ ቆሻሻ መጣያ ሂሳብ
- ☐ የኬብል ቴሌቪዥን እና የኢንተርኔት ሂሳብ
- ☐ በተጠቀሰው አድራሻ ለመሬት መስመር የሰልክ ሂሳብ
- ☐ ሌሎች ሰነዶች በትምህርት ቤት ጸድቀዋል
- ☐ የዋሽንግተን ግዛት አድራሻ ሚስጥራዊነት ፕሮግራም Washington State Address Confidentiality Program አካል ከሆኑ በአድራሻ ሚስጥራዊነት መርሃግብሩ የተሳተፈበት አካባቢ ትምህርት ቤት የሚገልጽ አፈሴላዊ ሰነዶች በኤድመንድስ ትምህርት ቤት ዲስትሪክት ውስጥ ነዋሪነትን ለማቋቋም የሚያስፈልገውን መስፈርት ያሟላል :: የታደሰደብዳቤ በየአመቱ ለት / ቤቱ ማስገባት አለብዎት
- ☐ አብሮ መኖር ማረጋገጫ። የ P-110 የመኖሪያ ፈቃድ ቅጽ ማጠናቀቅ አለበት በትምህርት ቤቱ ሲጠየቅ ይገኛል ::

ከላይ የተጠቀሱትን ማናቸውንም ነገሮች ማቅረብ ካልቻሉ እባክዎ ሁኔታዎን ለመወያየት እና በሚቀጥለው ደረጃዎች ላይ ለመወያየት እባክዎን ትምህርት ቤቱን ያነጋግሩ።

እባክዎ በዚህ አድራሻ ያሉ በኤድመንድስ ትምህርት ቤት ዲስትሪክት ውስጥ ያለ ሌላ ትምህርት ቤት የሚማሩ ተማሪ ተማሪዎችን ስም ከዚህ በታች ዘርዝረው ይ።

ተማሪ: _____ ትምህርት ቤት: _____ የትውልድ ቀን: _____ ክፍል: _____

ተማሪ: _____ ትምህርት ቤት: _____ የትውልድ ቀን: _____ ክፍል: _____

ተማሪ: _____ ትምህርት ቤት: _____ የትውልድ ቀን: _____ ክፍል: _____

የተማሪ (ተማሪዎች) ከላይ በተጠቀሰው እና ከዚህ የምዝገባ ፓኬት ጋር በተያያዘው በአንድ አድራሻ መኖራቸውን አሳውቃለሁ። የነዋሪነት ለውጥ ከተደረገ በሁለት ሳምንት ጊዜ ውስጥ ለት / ቤቱ አሳውቃለሁ እናም በዚያ ጊዜ እዲስ የመኖሪያ ማረጋገጫ መግለጫ ለመስጠት ተስማምቻለሁ :: ከት / ቤቱ ዲስትሪክት ወሰኖች ውጭ ከሄድኩ ፣ ከላይ በተጠቀሰው ትምህርት ቤት ተሳት ለመቀጠል የምርጫ መዘዋወሪያ ማመልከቻ መመዝገብ እና መጽደቅ እንዳለበት ተረድቻለሁ።

ለመኖሪያ ማረጋገጫ የሚያስፈልግ ማንኛውንም መረጃ ወይም ሰነድ ማጭበርበር ወይም የሌላ ሰው አድራሻ መጠቀም የሌለበት አውቃለሁ-በእውነቱ እዚያ የሚኖር ፣ በኤድመንድስ ትምህርት ቤት ዲስትሪክት ውስጥ የተማሪዎችን ምዝገባ መሻር ሊያስከትል ይችላል (ፖሊሲውን 3131 ይመልከቱ)።

ወላጅ/አሳዳጊ ምዎን ይ፡ _____

የወላጅ / አሳዳጊ ፊርማ: _____ ቀን: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: ☐ Immediately or ☐ Date: _____

Continue to attend current school through Grade 6 _____ Grade 8 _____ Grade 12 _____
(Students will not be approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)



ይህንን ቅጽ ይሙሉ የመኖሪያ ቤትዎ ሁኔታ መሸጋገሪያ ወይም ያልተረጋጋ ከሆነ ብቻ ነው። ቤትዎ ባለቤት ከሆኑ፣ ከተከራዩ ወይም ከተከራዩ፣ እባክዎ ይህን ቅጽ አያሞሉት።

ለሚከተሉት ጥያቄዎች የሚሰጡት መልሶች ይህ ተማሪ በ McKinney-Vento Act 42 U.S.C ስር ሊያገኛቸው የሚችለውን አገልግሎት ለመወሰን ይረዳል። የ McKinney-Vento Act ለቤት እጦት ልጆች እና ወጣቶች አገልግሎቶችን እና ድጋፎችን ይሰጣል። (እባክዎ ለበለጠ መረጃ በግልባጭ ይመልከቱ።)

ተማሪው በወላጅ ወይም በአሳዳጊ ባለቤትነት ወይም በተከራየው ቤት ውስጥ የሚኖር ከሆነ፣ በቂ ያልሆነ አገልግሎት (ውሃ፣ ሙቀት፣ ሙብራት፣ ወዘተ) ከሌለ በስተቀር ይህንን ቅጽ መሙላት አያስፈልግዎትም። የራስዎ ቤት ከሌለዎት/የተከራዩ ከሆነ፣ እባክዎን ከዚህ በታች ያሉትን ሁሉንም ያረጋግጡ።

- | | |
|--|--|
| ☐ በሞቴል/ሆቴል | ☐ መኪና፣ ፓርክ፣ ካምፕ ወይም ተመሳሳይ ቦታ |
| ☐ በመጠለያ ውስጥ (የአጭር ጊዜ/የረዥም ጊዜ) | ☐ የመሸጋገሪያ መኖሪያ ቤት |
| ☐ ከቦታ ወደ ቦታ መንቀሳቀስ/በጓደኞች ሶፋ ላይ መኖር | ☐ ሌላ _____ |
| ☐ በሌላ ሰው ቤት ወይም አፓርታማ ውስጥ ከሌላ ሰው / ቤተሰብ ጋር | |
| ☐ በቂ ያልሆነ መኖሪያ ውስጥ (ውሃ, ሙቀት, ኤሌክትሪክ, ወዘተ.) | |

የተማሪ ስም (Last, First)	ትምህርትቤት	ክፍል	የተወለደበት ቀን	ዕድሜ

ተጨማሪ ተማሪ: _____

- ☐ ተማሪ ያልታጀበ ነው (ከወላጅ ወይም ከህጋዊ አሳዳጊ ጋር አብሮ የማይኖር)
☐ ተማሪ ከወላጅ ወይም ከህጋዊ አሳዳጊ ጋር እየኖረ ነው።
☐ ተማሪ ከወላጅ ወይ ከህጋዊ አሳዳጊ ጋር እየኖረ ነው።

የአሁን የመኖሪያ አድራሻ: _____

ተማሪው ወደ ትምህርት ቤት መጓጓዣ ያስፈልገዋል: ☐ አዎ ☐ አይ

ስልክ ቁጥር ወይም የእውቂያ ቁጥር: _____

የእውቂያ ስም: _____

የወላጅ/ዎች/ህጋዊ አሳዳጊ(ዎች) ስም አትም: _____
(ወይ ያልታጀበ ወጣት)

**የወላጅ/ህጋዊ አሳዳጊ ፊርማ: _____ ቀን: _____
(O jóvenes no acompañadas/os)

○ ከላይ የተጠቀሰው ተማሪ(ዎች) የዕድገት ምርመራ፣ የማህበረሰብ ድጋፍ ወይም ወደ መጀመሪያ የልጅነት አገልግሎቶች ሪፈራል የሚያስፈልጋቸው ታናናሽ ወንድሞች/እናቶች/ልጆች አሏቸው (ገና ለትምህርት ያልደረሱ)። የዕድገት ምርመራ፣ የማህበረሰብ ድጋፍ ወይም ወደ መጀመሪያ የልጅነት ማመላከቻ የሚያስፈልጋቸው

እባክዎ የተጠናቀቀውን ቅጽ ወደ ትምህርት ቤትዎ ይመልሱ። ትምህርት ቤቱ ይህንን ቅጽ ለዲስትሪክት ቤት አልባ ግንኙነት ያቀርባል

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ (N) Not Homeless | ☐ (A) Shelters | ☐ (B) Doubled-Up |
| ☐ (C) Unsheltered | ☐ (D) Hotels/Motels | ☐ (E) Unaccompanied Youth |

ትርጓሜ። ለዚህ ንዑስ ርዕስ ሲባል፡

(1) 'መመዝገብ' እና 'ምዝገባ' የሚሉት ቃላት ክፍለ ጊዜያትን መከታተልና በትምህርት ቤቱ ውስጥ በተሟላ ሁኔታ መሳተፍን ያጠቃልላሉ።

(2) ቤት አልባ ህፃናትና ወጣቶች የለው ቃል —

(A) ቋሚና ተስማሚ የምሽት ጊዜ ማደሪያ (በ ክፍል 103(a)(1) የተገለፀውን) እና

(B) የሚያካትተው —

(i) ቤት ስለሌላቸው፣ የኢኮኖሚ ችግር ስላለባቸው ወይም ተመሳሳይ ችግር በመኖሩ የሌላቸውን ቤት ለመኖሪያነት የሚጠቀሙ ልጆች እና ወጣቶች፣ በሞቴሎች የሚኖሩ በቂ መኖሪያ ስለሌላቸው በሆኑ፣ በመናፈሻ ወይም በካምፕ ሚኖሩ በድንገተኛ ወይም በጊዜያዊ መጠለያ የሚኖሩ በሆስፒታል ውስጥ የተተው ወይም የጉዲፈቻ እንክብካቤ የሚፈልጉ፣

(ii) የመጀመሪያ የምሽት መኖሪያ ያላቸው ልጆች እና ወጣቶች ሆነው የህዝብ ወይም የግል የሆነ እና ጠቀሚታው ለሰዎች (በመደበኛነት ለመገኘታቸው የሚያገለግል 103(a)(2)(C))፣

(iii) በመኪና ውስጥ ለመናፈሻ በሕዝብ ቦታዎች የተረሱ ህንፃዎች፣ ደረጃበል የሆኑ ቤቶች፣ በአውቶቢስ ወይም ባቡር ጣቢያ ወይም ተመሳሳይ ቦታዎች የሚኖሩ ልጆች እና ወጣቶች

(iv) በአንድ ስፍራ ተረጋግተው የማይኖሩ ህፃናት የሚለው (በ አንደኛና ሁለተኛ ደረጃ ትምህርት ደምብ 1965 በክፍል 1309 ላይ በተብራራው መሰረት) ይህ ንዑስ የሰፈረበትን አላማ በተብራራው (i) መሰረት ቤት አልባ ተብለው ሊለዩ የሚችሉ ህፃናትን የሚወክል ይሆናል (iii)።

(6) ብቻቸውን የሚኖሩ ወጣቶች የሚለው በወላጅ ወይም አሳዳጊ (ጠባቂ) ስር የማይኖሩትን ያካትታል።

ተጨማሪ መረጃዎች

የወላጅ መረጃዎች በሚከተለው ሊገኙ ይችላሉ።

<https://nche.ed.gov/> National Center for Homeless Education

<http://naehcy.org/educational-resources/> National Association for the Education of Homeless Children and Youth

Serving Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

ይህንን ደብዳቤ የምንልክበት ምክንያት የጤና ድጋፍ ፍላጎት ስላላቸው ተማሪዎች መረጃ ለመስብሰብ ነው። ተማሪዎ ጤናማ እና ደህንነታቸውን ጠብቆ ለማቆየት በየቀኑ ወይም የድንገተኛ ጊዜ እንክብካቤን የሚፈልግ የሕክምና ፍላጎት ቢኖረውም ባይኖርም ፣ “የተማሪ ጤና ምዝገባ - HS 534” የሚለውን ቅጽ ይሙሉ። እንደ ወላጆች / አሳዳጊዎች ተማሪዎ ትምህርት ከመጀመሩ በፊት በሕግ የሚጠየቀውን ማወቅ አስፈላጊ ነው።

ሥር የሰደደ የጤና ችግሮች

- መድሃኒት ወይም ህክምናው በቦታው ከሌለ ተማሪዎ በትምህርት ቀን ተማሪውን ለሞት አደጋ የሚያጋልጥ ለሕይወት አስጊ ሁኔታ ካለው ; እባክዎን ለትምህርት ቤቱ ነርስ ያሳውቁ።
- ለአደጋ የተጋለጡ የጤና ችግሮች ያሉባቸው ተማሪዎች ከጤና አቅራቢዎቻቸው የመድኃኒት እና የህክምና ትዕዛዝ እንዲሁም ትምህርት ከመጀመራቸው በፊት የትምህርት ቤት የጤና እቅድ ማውጣት ይጠበቅባቸዋል።
- በ (RCW 28 .A .210 .320) መሰረት በአመቱ ውስጥ በስልክ ቁጥሮች ወይም በተማሪዎ የጤና ሁኔታ አስፈላጊ ለውጦችን ያሳውቁን።

የመድኃኒት አሰጣጥ

- መድኃኒቱ በዋናው ዕቃ ውስጥ መላክ አለበት።
- የታዘዘ መድኃኒት ከሆነ ጠርመሱ በትክክል መሰየም እና በዋናው መያዣ ውስጥ መሆን አለበት።
- እባክዎ የኤክስፓይሪሽን ቀናችን ያረጋግጡ። የትምህርት ቤት ሰራተኞች ጊዜ ያለፈባቸው መድኃኒቶች እንዲሰጡ አይፈቀድላቸውም።
- በትምህርት ቤት ለሚሰጥ ማንኛውም መድኃኒት የመድኃኒት ፈቃድ ቅጽ ያስፈልጋል። በት / ቤት ውስጥ ለማንኛውም መድኃኒት እንዲሰጥ ከወላጅ / አሳዳጊ እና የተማሪው የጤና አቅራቢ ፊርማ ያስፈልጋል። ይህ የሐኪም ማዘዣን እንዲሁም በመድኃኒት መድኃኒቶች ላይ ያጠቃልላል። በፋክስ የተደረጉ ፈቃዶች ከወላጆች እና / ወይም ከዶክተሮች ተቀባይነት አላቸው።
- Faxed consents from parents and/or doctors are acceptable.

የኤድሞንድስ መድኃኒት ፖሊሲ በኤድሞንድስ ትምህርት ቤት ዲስትሪክት ድር ጣቢያ በት / ቤት ቦርድ ፖሊሲዎች እና ሂደቶች ስር ሊገኝ ይችላል። .

ጥያቄዎች ወይም ስጋቶች ካሉዎት እባክዎ የትምህርት ቤቱን ነርስ ያነጋግሩ።

ከሰላምታ ጋር

የጤና አገልግሎቶች ቡድን

Rev 12.2020 12.2021



ትምህርት ቤት: _____

የሚጠበቀው የመጀመርያ ቀን: _____

የተማሪ ስም	የትውልድ ስም	ፆታ	ተመራጭ ፆታ	ክፍል
የወላጅ / አሳዳጊ ስም	የስልክ	ኢሜይል		
የሕክምና ሰጪ ስም		የጥርስ ሐኪም ስም		

ማሳሰቢያ: ትምህርት ቤቱ የሕይወት አስጊ የሆኑ ሁኔታዎችን ማወቅ አለበት (እንደ ከባድ (አስከፊ) አለርጂ፣ አስም፣ የስኳር በሽታ፣ የሚጥል በሽታ ወይም ሌሎች አስጊ ሁኔታዎች) ። ለሕይወት አስጊ የአደጋ ጊዜ ዕቅድ ማውጣትና ማንኛውም አስፈላጊ መድሐኒት፣ አቅርቦትና የሐኪም ትዕዛዞች በ RCW 28A.210.320 መሰረት ልጅዎ ትምህርት ከመጀመሩ በፊት መቅረብ አለባቸው።

የሕክምና ታሪክ - ገፅ 2 ላይ ፊርማ ያስፈልጋል

የጤና መድሃኒት (ኢንቬራንስ)

☐ አዎ ☐ አይ

☐ የሚታወቅ የጤና ችግር የለም

ለሕይወት አስጊ የሆኑ የጤና ችግሮች: የጤና ጸቅድ ያስፈልጋል

- EG ☐ የአለርጂ ችግር (Epi-pen ታዟል)
 EK ☐ የስኳር በሽታ ዓይነት 1
 NP ☐ የሚጥል በሽታ (የድንገተኛ ጊዜ መድሃኒት ያስፈልጋል)
 RG ☐ ከባድ-አስም

አብሮ ወለድ / የዘረመል ጤና ችግር

- AH ☐ ዝግምተኛ
 AJ ☐ የፅንሰ አልኮሆል ስፔክትረም ዲስኦርደር

ደም

- BA ☐ የደም ማነስ ችግር / አኒሚያ
 BB ☐ ሂሞፊልያ
 BC ☐ የሲክል ሴል ትሬት
 OJ ☐ የከባድ ነስር ታሪክ

ልብ

- CC ☐ አብሮ የሚወለድ ተገድፎት
 CD ☐ የልብ ማጉረምረም

አለርጂ፣በሽታን፣ መከላከያ አቅም፣ኢንዱክሪን፣ምታቦሊክ እና ገንቢ አመጋገብ

- ED ☐ አለርጂ - የምግብ
 EE ☐ አለርጂ - ነፍሳት
☐ አለርጂ - ሌሎች
 EL ☐ ስኳር ዓይነት 2

የሆድና አንጀት፣ጥርስና አፍ

- GA ☐ ሴሊያክ
 GG ☐ ምግብ አለመስማማት ዝርዝር፡-
 GL ☐ ላክቶስ አለመስማማት
 GF ☐ ኢንቡፕሬሲስ
 GO ☐ ተደጋጋሚ ድርቀት
 GH ☐ ጋስትሪክ ሪክላስ (የጨንፈ አሲድ ወደላይ መምጣት)
 GJ ☐ የተቆጣ አንጀት በሽታ
 GK ☐ የተቆጣ አንጀት በሽታ ቅምረ ሕመም
☐ ጥርስ/አፍ ሁኔታ

አጥንት

- MC ☐ ጂ.ቪ.ናይል ፊሞቶይድ/ኢዲዮፓቲክ አርተራይተ

Nervous System

- NB ☐ ኤዲኤችዲ/ኤዲዲ በምርመራ የተረጋገጠ
 NC ☐ ኦቲዝም ስፕክትረም ዲስኦርደር
 NE ☐ ሴሌብራል ፓልሲ
 NF ☐ የዕድገት ላይ ስንጉልና
 NH ☐ ማይግሬን (ራስ ምታት)
 NI ☐ ተደጋጋሚ ታስምታት
 NP ☐ ሲዝር (የሚጥል በሽታ) ☐ አሁን ☐ ታሪክ
 NU ☐ አሰቃቂ የአንጎል ጉዳት

ነቅሎ ተከላ

- OD ☐ የአካል ዓይነት ዘርዝሩ

የአዕምሮ ወይም የፀባይ ጤና

- PA ☐ ስጋት
 PC ☐ መደበኛ (መደበኛ)
 PH ☐ የእንቅልፍ መዛባ

የመተንፈሻ/መተንፈስ

- RG ☐ አስም - አሁን
 RH ☐ አስም - በምርመራ የታወቀ
 RA ☐ አስም በእስፓርት ጊዜ የሚነሳ
 RE ☐ ግስበታዊ የመተንፈስ በሽታ

ቆዳ

- SB ☐ አክዚማ/ኮንታክት ደርሚታይቲተስ/ሶራዮሲስ

ኩላሊት

አባክዎ ዘርዝሩ: _____

ጆሮ/መስማት

- YA ☐ ተደጋጋሚ የጆሮ ኢንፌክሽን ☐ አሁን ☐ ታሪክ
 YB ☐ መስማት የተሳነ - ሰው ሰራሽ መስሚያ መሳሪያ (ዎች) ኮከሊር ኢምፕላት

ዓይን/የማየት ዓቅም

- YF ☐ መነፅር ያደርጋሉ/ኮንታክቶች
 YE ☐ ቀለም ለይቶ ማየት አለመቻል
 YD ☐ ማየት አለመቻል

ሌሎች ሁኔታዎች: _____

መድሃኒት/በት/ቤት የሚደረግ ሕክምና ☐ የለም ☐ አዎ (በሐኪም የተፈረመ የፅሁፍ ፈቃድ ያስፈልጋል)

☐ ለትምህርት ቤት መድሐኒት አስፈላጊውን ወረቀት ያሟሉ

የቤት መድሐኒት ☐ የለም ☐ አለ አባክዎ ይዘርዝሩ: _____

አለርጂዎች

አለርጂን የሚያስነሳው ምንድን ነው? _____

የቅርብ ጊዜው የአለርጂ በሽታ ያጋጠመዎት ቀን: _____

አለርጂ:

- ☐ ሽፍታ
- ☐ የከንፈር እብጠት ፣ አፍ ፣ ምላስ ፣ ጉሮሮ
- ☐ የመተንፈስ ችግር
- ☐ የማቅለሽለሽ ስሜት ፣ የሆድ ቁርጠት ፣ ማስታወክ ፣ ተቅማጥ
- ☐ ይህ የአለርጂ ችግር አስቸኳይ እርዳታን ጠይቋል?
- ☐ አይ
- ☐ አዎ (እባክዎን ያስረዱ) _____
- ☐ ተማሪዎ የአለርጂ ምርመራ አጠናቋል??
- ☐ አይ
- ☐ አዎ (የት እና መቼ?) _____

የአለርጂ መድሃኒቶች:

ሥም	ስንት	ስንት ሰአት

አስም

የአስም በሽታ ምልክቶች ምንድን ናቸው? ☐ የመተንፈሻ አካል መበክል ☐ የአበባ ዱቄቶች / ሻጋታዎች ☐ የአካል ብቃት እንቅስቃሴ ☐ የአየር ሁኔታ / የሙቀት መጠን ☐ እንሰሳትሞ ☐ ዌስ

☐ መጥፎ የአየር ጥራት ☐ ጠንካራ ሽታዎች / ሽቶዎች

ምርመራው የሚካሄድበት ቀን: _____ ተማሪውን የመረመው እና ያረጋገጠው ሐኪም: _____

አስም መድሃኒቶች:

ሥም	ስንት	ስንት ሰአት

ተማሪዎ እስትንፋሱ ጋር spacer/aero chamber ይጠቀማል? ☐ አይ ☐ አዎ

ተማሪዎ በአፍ የሚወሰድ ስቴሮይድስ (ማለትም prednisone) አስፈልጎት ያውቃል? ☐ አይ ☐ አዎ (መቼ?) _____

ተማሪዎ በአስም ምክኒያት ወደ ሆስፒታል ሄዶ ያውቃል: ☐ አይ ☐ አዎ (እባክዎን ያስረዱ) _____

የስኳር ህመም

ምርመራ ተደረገበት ቀን _____ መድኃኒት ☐ በአፍ የሚወሰድ _____ ☐ ኢንሱሊን (ዓይነት) _____

መሣሪያዎች ☐ የኢንሱሊን ብዕር ☐ የኢንሱሊን ፓምፕ (ዓይነት) _____ ☐ CGM (type) _____

ተማሪዎ የራሳቸውን የደም ግሉኮስ (ስኳር) በተናጥል መለካት ይችላሉ? ☐ አይ ☐ አዎ

ተማሪዎ በተናጥል ካርቦሃይድሬትን መቁጠር ይችላል? ☐ አይ ☐ አዎ

ተማሪዎ የራሳቸውን የኢንሱሊን መጠን በተናጥል ማስላት ይችላል: ☐ አይ ☐ አዎ

ተማሪዎ ኢንሱሊን ራሱን በራሱ መውጋት ይችላል: ☐ አይ ☐ አዎ

እንፍርፍሪት (ሲዝር)

የመጀመሪያ ው እፍርፍሪት ቀን: _____ የቅርብ ጊዜ እንፍርፍሪት ቀን: _____

የእንፍርፍሪት ድግምግሞሽ ቀን: ☐ አንድ ☐ በየቀኑ ☐ ሳምንታዊ ☐ በየወሩ ☐ ዓመታዊ

የእንፍርፍሪት ዓይነት: _____

የእንፍርፍሪት መድሐኒቶች:

ሥም	ስንት	ስንት ሰአት

ተማሪዎ ድንገተኛ እንክብካቤ / መድኃኒት የሚፈልገው እንፍርፍሪት ገጥሞት ያውቃል? ☐ አይ ☐ አዎ መቼ? _____

እባክዎን ያብራሩ: _____

የሕክምና መሣሪያዎች	Stoma	የአካል እንቅስቃሴ/ተንቀሳቃሽነት
OLA ☐ OLB ☐ OLC ☐ OLD ☐ OLE ☐ ☐ ☐ ☐ ቬጋል ነርቭ ሲሚሌተር አውቶማቲክ ኢንተርናል ካርዲያክ ዲፊቢሌተር ፔስሜከር ጋስትሮስቶሚ ቲዩብ ጄጅኖስቶሚ ቲዩብ ብሬስ ፕሮስቴሲስ - ዘርዝሩ: ሌላ የሕክምና መሳሪያዎች:	OKA ☐ OKB ☐ OKD ☐ OKE ☐ OK ☐ ☐ ☐ ☐ ጋስትሮስቶሚ ኮላስቶሚ ትሬኪያስቶሚ ዩራስቶሚ ሌላ	☐ ☐ ☐ ተሽከርካሪ ወንበር ክራንች ሌላ ፡ ዝርዝር:

የወላጅ / አሳዳጊ ፊርማ: _____ ቀን: _____

ለኤድመንስ ትምህርት ቤት ዲስትሪክት የተማሪዎች ወላጆች

ከተማሪ ጤና አገልግሎት ክፍል

በዋሽንግተን ስቴት ህግ (RCW 28A.210.080) ለትምህርት ቤት ምዝገባ የሚያስፈልጉ መስፈርቶች

- የተጠናቀቀ የክትባት ሁኔታ የምስክር ወረቀት ይህ ከሚከተሉት ውስጥ አንዱ ሊሆን ይችላል፡፡
 - ከዋሽንግተን የጤና መምሪያ ክፍል **MyIR** የታተመ የክትባት ሁኔታ የሚያረጋግጥ የምስክር ወረቀት ሲኦይኤስ (CIS) ወይም ከሌላ ግዛት (ስቴት) የክትባት ሁኔታ የሚያረጋግጥ የምስክር ወረቀት
 - የጤና እንክብካቤ አቅራቢ ፊርማ ያለው የሲኦይኤስ ቅጽ ቅጂ
 - በአካል የሚቀርብ ግልባጭ የክትባት ሁኔታ የሚያረጋግጥ የምስክር ወረቀት (ሲኦይኤስ) ከጤና አጠባበቅ አቅራቢ የህክምና ክትባቶች መዛግብት ጋር የተረጋገጠ እና በትምህርት ቤት ሰራተኞች የተፈረመ

ወይም

- ለትምህርት ቤቱ ተከታታይ የክትባት ሒደት መጀመሩን የሚያመለክት ማሳወቂያ

ይህ በጤና እንክብካቤ ሰጪዎች በሚመከረው የጊዜ ሰሌዳ መሰረት ይጠናቀቃል፡፡ ክትባቶቹን ከግል የጤና እንክብካቤ ሰጪዎች ወይም ከሰነድ ማረጋገጫ ካውንቲ(Snohomish County) የማህበረሰብ ጤና ጣቢያ ማግኘት ይቻላል፡፡ WWW.chcsno.org ይህ ሁኔታዊ ሁኔታ የሚፈቀደው ተማሪዎች ሊወስዱ የሚገባቸው ተከታታይ አስፈላጊ ክትባቶች ከጀመሩ ብቻ ነው፡፡ ትምህርት ቤት ለመማር እንደ መስፈርት ሁሉም ተከታታይ ክትባቶች መጠናቀቅ ወይም መጀመር አለባቸው፡፡ በሕክምና የተረጋገጠው የዚህ ሁኔታ መዝገብ በት/ቤቱ የመጀመሪያ ቀን ወይም ከዚያ በፊት መቅረብ አለበት፡፡

ወይም

- ከክትባት ማረጋገጫ በተጨማሪ ከመከተሉ ግዴታ ነፃ ለመሆን ከግዴታ ነፃ ሰርተፍኬትን ሲ.ኦ.ኢ. (C.O.E.) ይሙሉ፡፡

ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ ሰጪ ወላጅ ወይም አሳዳጊ ልጃቸውን ከትምህርት ቤት የክትባት መስፈርቶች ግዴታ ነፃ ለመሆን የነፃነት የምስክር ወረቀት መፈረም አለባቸው፡፡ ፊርማው ሕክምና ሰጪው ስለክትባት ጥቅሞች እና ስታዮች ለወላጅ ወይም ለአሳዳጊ መናገሩን ያረጋግጣል፡፡ ወላጅ ወይም አሳዳጊ ተመሳሳይ መረጃ የሚገልጽ ከጤና እንክብካቤ ሰጪው የተፈረመ ደብዳቤ ማስገባት ይችላሉ፡፡ ተማሪዎች ከክትባት ነፃ የሆነበት የትኛውም በክትባት ሊከላከለው የሚችል በሽታ ትምህርት ቤት ውስጥ ወረርሽኝ ከተከሰተ፣ ወረርሽኝ እስካለ ድረስ ተማሪዎች ከትምህርት ቤት ይገለላል፡፡

የክትባት ማረጋገጫ የምስክር ወረቀት ከ MyIR ማተም የተማሪ የክትባት መዝገቦችን ለማግኘት ዋነኛ አማራጭ ነው፡፡

የ **MyIR** መለያ ይፍጠሩ (የዋሽንግተን ስቴት የጤና ጥበቃ መምሪያ ክፍል) (Washington State Dept. of Health)..



የክትባት ማረጋገጫ የምስክር ወረቀት ያውርዱ እና ያትሙ

ስኔ 2021 የጤና መምሪያ ክፍል (DOH) የክትባት መስፈርቶች ዝመና፡-

በሕዝብ ትምህርት ቤት የተመዘገቡ ሁሉም ተማሪዎች በአማራጭ ትምህርት ቤት ወይም በዲስትሪክት ፕሮግራም ውስጥ ቢሳተፉም የክትባት ሕጎችን መከተል አለባቸው፡፡ እነዚህም የቤት-ትምህርት ፕሮግራም፣ ሙያዊ ወይም ቴክኒካል ፕሮግራም ፣ ረኒንግ ስታርት (Runing Start) እና ማንኛውም ምናባዊ (በርቀት በኮምፒውተር) የትምህርት ቤት ፕሮግራም ያካትታሉ፡፡ ሁሉም ተማሪዎች የተሟላ የክትባት ሁኔታን የሚያሳይ ሰርተፊኬት ሲኦይኤስ (CIS) እና/ወይም ከመከተሉ ግዴታ ነፃ የሚሆኑበትን ሰርተፊኬት (COE) በትምህርት ቤት ውስጥ ለሚሰጡ ትምህርቶች እና እንቅስቃሴዎች (ገቢሮች) ለመሳተፍ በትምህርት ቤት ፋይላቸው ውስጥ ሊኖራቸው ይገባል፡፡

ወላጆች – ልጆቻቸውን ለትምህርት ዝግጁ ማድረግ

ለ 2023-2024 ትምህርት ዘመን አስፈላጊ ክትባቶች



መረጃዎች፦ ለት/ቤት የትምህርት ክትባቶች እንዲያስፈልጉ ለማየት፣ በመጀመሪያው አምድ ውስጥ የልጅዎን ክፍል ያግኙ። ልጅዎ ወደ ትምህርት ቤት ለመግባት የሚያስፈልገውን የክትባት መጠን ለማግኘት በገጹ ላይ ያለውን ተዛማጅ ረድፍ ይመልከቱ።

	ተላላፊ የጉሮሮ በሽታ፣ መንጋጋ ቆልፍ፣ ፐርቱሲስ	ሄፕታይተስ ቢ	ሄምፊሊስ ኢንፍላዌንሻ አይነት B	ኩፍኝ፣ መምጥስ ሩቤላ	ኒሞኮካል ኮንጅጌት	ፖሊዮ	ቫሪሴላ (የዶሮ ፈንጣጣ)
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
ቅድመ ትምህርት ቤት ዕድሜ ከ 19 ወር እስከ <4 አመት በ 09/01/2023	4 ዶዝ DTap	3 ዶዞች	3 ወይም 4 ዶዞች* (ከትባቱን መሰረት በማድረግ)	1 ዶዝ	4 ዶዞች*	3 ዶዞች	1 ዶዝ**
ቅድመ ትምህርት ቤት/ የሽግግር አጸደ ህጻናት በ 09/01/2023 ዕድሜ ከ ≥4 አመት	5 ዶዝ DTap*	3 ዶዞች	3 ወይም 4 ዶዞች* (ከትባቱን መሰረት በማድረግ) (ከ ≥5 አመት አያስፈልግም)	2 ዶዞች	4 ዶዞች* (ከ ≥5 አመት አያስፈልግም)	4 ዶዞች*	2 ዶዞች**
ከአጸደ ህጻናት እስከ 6ኛ	5 ዶዝ DTap*	3 ዶዞች	አያስፈልግም	2 ዶዞች	አያስፈልግም	4 ዶዞች*	2 ዶዞች**
ከ 7ኛ እስከ 10ኛ	5 ዶዝ DTap* እንዲሁም Tdap በ ≥10 አመት ዕድሜ	3 ዶዞች	አያስፈልግም	2 ዶዞች	አያስፈልግም	4 ዶዞች*	2 ዶዞች**
ከ 11ኛ እስከ 12ኛ	5 ዶዝ DTap* እንዲሁም Tdap በ ≥7 አመት ዕድሜ	3 ዶዞች	አያስፈልግም	2 ዶዞች	አያስፈልግም	4 ዶዞች*	2 ዶዞች**

*የሚሰጡበትን ጊዜ መሰረት በማድረግ ከተዘረዘሩት አነስተኛ ሆኖ የክትባት ዶዞች ተቀባይነት ሊኖራቸው ይችላል። **የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች የቺክን ፖክስ ታሪክ ማረጋገጫም ተቀባይነት ሊኖረው ይችላል። ተማሪዎች ከትምህርት ቤት መስፈርቶች ጋር የሚስማሙ እንዲሆኑ በትክክለኛው የጊዜ ገደብ ውስጥ የክትባት መጠኖችን መውሰድ አለባቸው። ጥያቄዎች ካልወጡ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎን ወይም የትምህርት ቤት ሰራተኞችን ያነጋግሩ። ለትምህርት ቤት ስለ የማያስፈልጉ ሌሎች ጠቃሚ ክትባቶች በሚከተለው መረጃ ያግኙ፦ www.immunize.org/cdc/schedules.



Certificate of Immunization Status
(CIS የክትባት ሁኔታ የምስክር ወረቀት)

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

አባዘምን ያትሙ። ይህንን ቅጽ እንዴት እንደሚሞሉ ወይም ከዋሽንግተን ግዛት የክትባት መረጃ ስርዓት እንዲታተም ለማድረግ መመሪያዎችን ለማግኘት ጀርባውን ይመልከቱ።

የልጁ የመጨረሻ ስም፡-		የመጀመሪያ ስም፡-		የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል፡-				የልደት ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም)፡-										
ት/ቤቱ የልጁን መዝገብ እንዲጠብቅ የክትባት መረጃን በክትባት መረጃ ስርዓት ውስጥ እንዲጨምር ለልጁ ትምህርት ቤት/የልጆች እንክብካቤ ተቋም ፈቃድ አስጣለሁ።				ሁኔታ ብቻ፡- ልጄ ሁኔታዊ በሆነ ሁኔታ ወደ ትምህርት ቤት/ልጄ እንክብካቤ እየገባ መሆኑን እንዝባለሁ። ልጄ በትምህርት ቤት ውስጥ ለመቆየት፣ በተቀመጠው የጊዜ ገደብ አስፈላጊ የክትባት ማስረጃ ማቅረብ አለብኝ። ሁኔታዊ ሁኔታ ላይ መመሪያ ለማግኘት በጀርባ ይመልከቱ።														
X _____ የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ				X _____ በሁኔታ የሚጀመር ከሆነ የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ያስፈልጋል														
▲ለትምህርት ቤት የሚያስፈልግ ● አስፈላጊ የህፃናት እንክብካቤ/ቅድመ ትምህርት ቤት		ወር/ቀን/ዓ.ም	ወር/ቀን/ዓ.ም	ወር/ቀን/ዓ.ም	ወር/ቀን/ዓ.ም	ወር/ቀን/ዓ.ም	ወር/ቀን/ዓ.ም	Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)										
ወደ ትምህርት ቤት ወይም የልጆች እንክብካቤ ለመግባት የሚያስፈልጉ ክትባቶች								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. <table><tr><td>☐ Diphtheria</td><td>☐ Hepatitis A</td><td>☐ Hepatitis B</td></tr><tr><td>☐ Hib</td><td>☐ Measles</td><td>☐ Mumps</td></tr><tr><td>☐ Rubella</td><td>☐ Tetanus</td><td>☐ Varicella</td></tr></table> ☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)		☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B	☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps	☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella
☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B																
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps																
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella																
●▲ DTaP (ዲፕቴሪያ፣ ቲታኒስ፣ ትክትክ)																		
▲ Tdap (ቲታኒስ፣ ዲፕቴሪያ፣ ትክትክ) (7ኛ ክፍል+)																		
●▲ DT ወይም Td (ቲታኒስ፣ ዲፕቴሪያ)																		
●▲ Hepatitis B ሄፕታይቲስ ቢ																		
● Hib ሂብ (ሄምፊሊስ ኢንፍሉዌንሻ ዓይነት ቢ)																		
●▲ IPV (ፖሊዮ) (ማንኛውም የ IPV/OPV ጥምረት)																		
●▲ OPV (ፖሊዮ)																		
●▲ MMR ኤምኤምኤር (ኩፍኝ፣ ማምፕስ፣ ሩቤላ)																		
● PCV/PPSV (ኒምኮካል)																		
●▲ Varicella ቫሪሴላ (ቺክንፖክስ) ☐ በ IIS የተረጋገጠ የበሽታ ታሪክ																		
የሚመከሩ ክትባቶች (ወደ ትምህርት ቤት ወይም የልጆች እንክብካቤ ለመግባት አያስፈልጉም)								► Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____ ► Printed Name _____										
COVID-19 ኮቪድ -19																		
Flu ፐሪንፋን (ኢንፍሉዌንሻ)																		
Hepatitis A ሄፕታይቲስ ኤ																		
HPV ኤች.ፒ.ቪ (ሂውማን ፓቪሎማቫይረስ)																		
MCV/MPSV ኤም.ቪ.ኤም.ፒ.ኤስ.ቪ (የማጅራት ገትር በሽታ ዓይነቶች A፣ C፣ W፣ Y)																		
Men B ሜንቢ (የማጅራት ገትር በሽታ ዓይነት ቢ)																		
Rotavirus ሮታቫይረስ																		

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.

የክትባት ሁኔታ የምስክር ወረቀት (CIS) ማጠናቀቂያ መመሪያዎች፡- ከክትባት መረጃ ስርዓት (አይ.አይ.ኤስ) ያትሙ ወይም በእጅ ይሙሉ።

ከተሞላው የክትባት መረጃ ጋር ለማተም፡-
የጤና አንክብካቤ አቅራቢዎ ቢሮ ወደ WA የክትባት መረጃ ስርዓት (የዋሽንግተን ግዛት ምዝገባ) ክትባት እንደሚያስገባ ይጠይቁ። የሚያደርጉ ከሆነ፣ CIS ን ከአይ.አይ.ኤስ እንዲያትም ይጠይቁ እና የልጅዎ የክትባት መረጃ በራስ-ሰር(በአውቶማቲክ) ይሞላል። እንዲሁም በመመዝገብ እና ወደ MyIR በ <https://wa.myrir.net>. በመግባት CISን በቤትዎ ማተም ይችላሉ። አቅራቢዎ አይ.አይ.ኤስ የማይጠቀም ከሆነ፣ የልጅዎን CIS ቅጅ ለማግኘት ኢሜል ያድርጉ ወይም ለጤና ክፍል ይደውሉ፡- በ waiisrecords@doh.wa.gov ወይም በ 1-866-397-0337

- ቅጹን በእጅ ለመሙላት፡-**
1. የልጅዎን ስም እና የልደት ቀን ያትሙ፣ እና በገጽ አንድ ላይ በተጠቀሰው ቦታ ስምዎን ይፈርሙ።
 2. በቀኑ አምዶች ውስጥ የተቀበሉትን አያንዳንዱ የክትባት መጠን ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም) ይፃፉ። ልጅዎ የተጣመረ ክትባት (ከብዙ በሽታዎች የሚከላከል አንድ ክትባት)፣ ከተቀበለ እያንዳንዱን ክትባት በትክክል ለመመዝገብ ከዚህ በታች ያሉትን የማጣቀሻ መመሪያዎችን ይጠቀሙ። ለምሳሌ፡- ዲፕቴሪያ፣ ቴታነስ፣ ትኩትክ እንደ DTaP፣ ሄፓታይተስ ቢ እንደ ሄፕ ቢ እና ፖሊዮን በአይ.ፒ.ቪ ስር Pediarix ን ይመዝግቡ።
 3. ልጅዎ ፔክንፖክስ (ቫሪሴላ) በሽታ ካለበት እና ከትባቱ ካልሆነ፣ የጤና አንክብካቤ አቅራቢ የፔክንፖክስ በሽታ የትምህርት ቤት መስፈርቶችን ማሟላቱን ማረጋገጥ አለበት።
 - ☐ የጤና አንክብካቤ አቅራቢዎ ልጅዎ በፔክንፖክስ መያዙን የሚያረጋግጥ ከሆነ፣ አቅራቢዎን በበሽታ የመከላከል ሰነድ ክፍል ውስጥ ያለው ሳጥን ውስጥ ምልክት እንዲያደርግ እና በቅጹ ላይ እንዲፈርም ይጠይቁ።
 - ☐ የት/ቤቱ ሰራተኞች IIS ውስጥ ከገቡ እና ልጅዎ በፔክንፖክስ መያዙን የሚያሳይ ማረጋገጫ ካዩ፣ በክትባቶቹ ክፍል ውስጥ ከቫሪሴላ በታች ያለውን ሳጥን ይመረምራሉ።
 4. ልጅዎ በደም ምርመራ (titer) አዎንታዊ መከላከያን ማሳየት ከቻለ፣ የጤና አጠባበቅ አቅራቢዎ በበሽታ መከላከያ ሰነድ ክፍል ውስጥ ተገቢውን በሽታ ለማግኘት ሳጥኖቹን እንዲመረምር ያድርጉ እና በቅጹ ላይ ይፈርሙ እና ቀኑን ይፃፉ። ከዚህ CIS ጋር የላብራቶሪ ሪፖርቶችን ማቅረብ አለብዎት።
 5. ከዚህ በታች ያሉትን መመሪያዎች በመከተል፣ በህክምና የተረጋገጡ መዝገቦች ማስረጃ ያቅርቡ።

- ተቀባይነት ያላቸው የህክምና መዝገቦች**
ሁሉም የክትባት መዝገቦች በህክምና መረጋገጥ አለባቸው። ምሳሌዎች የሚከተሉትን ያካትታሉ፡-
- ከዋሺንግተን ግዛት የክትባት መረጃ ስርዓት (IIS)፣ MyIR፣ ወይም ከሌላ ሱቴት IIS ከክትባቱ ቀናት ጋር የታተመ የክትባት ሁኔታ (CIS) ቅጽ።
 - ከጤና አንክብካቤ አቅራቢ ማረጋገጫ ፊርማ ጋር የተጠናቀቀ የ CIS የጽሑፍ ቅጅ።
 - ከጤና አጠባበቅ አቅራቢ ኤሌክትሮኒክ የጤና መዝገብ ላይ የታተመ የተሟላ ደረቅ ኮፒ CIS ከጤና አንክብካቤ አቅራቢ ፊርማ ወይም ማህተም ጋር። የት/ቤቱ አስተዳዳሪ፣ ነርስ፣ ወይም ተወካዩ በCIS ላይ ያሉትን ቀናት በትክክል መገልበጣቸውን ማረጋገጥ እና በቅጹ ላይ ፊርማ ማቅረብ አለባቸው።

ሁኔታ
ለትምህርት ቤት ወይም ለልጆች እንክብካቤ መግቢያ የሚያስፈልጉ ክትባቶችን የሚወስዱ ከሆነ ልጆች ሁኔታዊ በሆነ መልኩ በትምህርት ቤት ወይም በልጆች እንክብካቤ ውስጥ ገብተው መቆየት ይችላሉ። (የክትባት ተከታታይ መጠኖች በትንሽ ክፍተቶች መካከል ተሰራጭተዋል፣ ስለሆነም አንዳንድ ልጆች ክትባታቸውን ከማጠናቀቃቸው በፊት የተወሰነ ጊዜ መጠበቅ ይኖርባቸዋል። ይህ ማለት የሚቀጥለውን የክትባት መጠን እየጠበቁ ወደ ትምህርት ቤት ሊገቡ ይችላሉ ማለት ነው)። ሁኔታዊ በሆነ መልኩ ወደ ትምህርት ቤት ወይም ወደ ልጅ እንክብካቤ ለመግባት፣ አንድ ልጅ ትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ከመጀመሩ በፊት ሊቀበላቸው የሚችለውን የክትባት መጠን ሁሉ ሊወስድ ይገባል።

በሁኔታ ውስጥ ያሉ ተማሪዎች የሚቀጥለውን የክትባት መጠን ዝቅተኛ የጸደቀበት ቀን እና ተጨማሪ የ 30 ቀናት ጊዜን በመጠባበቅ የክትባቱን ሰነድ ለማስገባት በትምህርት ቤት ውስጥ ሊቆዩ ይችላሉ። አንድ ተማሪ ብዙ ክትባቶችን የሚወስድ ከሆነ፣ አስፈላጊ ክትባቶች በሙሉ አስኪጠናቀቁ ድረስ ሁኔታው በተመሳሳይ አካሄድ ይቀጥላል።

የ 30 ቀናት ሁኔታዊ ጊዜው ካለፈ እና ሰነዱ ለት/ቤቱ ወይም ለልጆች እንክብካቤ ካልተሰጠ፣ ተማሪው በ RCW 28A.210.120 መሰረት ከተጨማሪ ስብስቦች መገለል አለበት። ትክክለኛ ሰነድ በተጠቀሰው በሽታ የመከላከል አቅምን የሚያሳይ ማስረጃ፣ ክትባቱን የሚያሳዩ የህክምና መዝገቦችን፣ ወይም የተሟላ ነፃ ቅጽ (COE)ን ያጠቃልላል።

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		