

# Заявление о медицинском освобождении

Форма HES 101A  
Школы штата Монтана



По вопросам обращайтесь в Программу иммунизации штата Монтана по телефону (406) 444-5580

Будущий ученик, поступающий в школу штата Монтана, не обязан проходить вакцинацию, если она ему противопоказана по медицинским показаниям. Заявление о медицинском освобождении может быть оформлено квалифицированным медицинским работником и использовано в качестве основания для освобождения от иммунизации. Вместо данной формы также принимается письменное и подписанное заключение квалифицированного медицинского работника при условии соблюдения требований, изложенных в ARM 37.114.715.

В соответствии с НВ 334 (глава 294, Законы 2021 года), квалифицированный медицинский работник - это лицо, которое: (1) имеет лицензию, сертификат или разрешение, выданные в любом из штатов США или в Канаде, на оказание медицинской помощи; (2) уполномочено в рамках своей профессиональной практики проводить иммунизацию, от которой предоставляется освобождение; и (3) ранее оказывало медицинскую помощь учащемуся *или* вводило вакцину, на которую у учащегося наблюдалась неблагоприятная реакция. После заполнения данная форма должна быть представлена в школу, которую посещает учащийся, вместе с актуальной записью о его прививках.

Полное имя учащегося: \_\_\_\_\_ ФИО родителя / опекуна: \_\_\_\_\_

Адрес учащегося: \_\_\_\_\_ Дата рождения учащегося: \_\_\_\_\_

Выберите вакцину(ы), для которой(ых) требуется медицинское освобождение, и укажите краткое описание медицинского противопоказания или меры предосторожности для каждой из них:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> АКДС (дифтерия, столбняк, коклюш) | <input type="checkbox"/> КПК (корь, паротит, краснуха) |
| <input type="checkbox"/> Tdap (дифтерия, столбняк, коклюш) | <input type="checkbox"/> ИПВ (полиомиелит)             |
| <input type="checkbox"/> Ветряная оспа (ветрянка)          | <input type="checkbox"/> Другое: _____                 |
| <input type="checkbox"/> ХИБ (гемофильная инфекция тип b)  |  |

Противопоказание/Предосторожность:

---

---

---

Полный список медицинских противопоказаний и мер предосторожности доступен на веб-сайте Центров по контролю и профилактике заболеваний:  
<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>.

Срок действия освобождения: \_\_\_\_\_

Имя медицинского работника (печатными буквами): \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_