

Заява про медичне звільнення

Форма HES 101A
Школи штату Монтана

З питаннями звертайтеся до Програми імунізації штату Монтана за телефоном (406) 444-5580

Майбутній учень, який прагне зарахуватися до школи штату Монтана, не зобов'язаний отримувати будь-які імунізації, які йому медично протипоказані. Заява про медичне звільнення може бути заповнена кваліфікованим медичним працівником і використана як звільнення. Замість цієї форми також буде прийнята письмова і підписана заява кваліфікованого медичного працівника за умов, викладених у ARM 37.114.715.

Відповідно до HB 334 (розділ 294, L. 2021), кваліфікований медичний працівник означає особу, яка: (1) має ліцензію, сертифікат або дозвіл у будь-якому штаті США або Канаді на надання медичної допомоги; (2) уповноважена в межах своєї практики проводити імунізацію(ї), на які поширюється звільнення; та (3) раніше надавала медичну допомогу учню або проводила вакцинацію, на яку в учня була несприятлива реакція. Після заповнення цю форму слід подати до школи учня разом з його найактуальнішою картою імунізації.

Повне ім'я учня: _____ Ім'я одного з батьків/опікуна: _____

Адреса учня: _____ Дата народження учня: _____

Оберіть вакцину(и), які потребують медичного звільнення, потім надайте короткий опис протипоказання або застереження для кожної вакцини:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DTap (Дифтерія, правець та кашлюк) | <input type="checkbox"/> MMR (Кір, епідемічний паротит та краснуха) |
| <input type="checkbox"/> Tdap (Дифтерія, правець та кашлюк) | <input type="checkbox"/> IPV (Поліомієліт) |
| <input type="checkbox"/> Вітряна віспа | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hib (Гемофільна інфекція типу b) | |

Протипоказання/Застереження:

Повний перелік медичних протипоказань і застережень можна знайти на веб-сайті Центрів контролю та профілактики захворювань:
<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>.

Тривалість звільнення: _____

Ім'я лікаря (друкованими літерами): _____ Посада: _____ Телефон: _____

Адреса: _____

Підпис лікаря: _____ Дата: _____

Анотований кодекс штату Монтана
20-5-403: Вимоги щодо імунізації в школах MT, карти імунізації
20-5-405: Вимоги щодо імунізації в школах MT, звільнення

Адміністративні правила штату Монтана
37.114.701-721: Імунізація в школах K-12, дошкільних та післясередніх навчальних закладах