

# Форма умовного відвідування

Форма HES 103

Школи та дитячі заклади штату Монтана

## I. Цей розділ заповнюється представником дитячого закладу або школи.

Ім'я дитини/учня: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_

Ім'я одного з батьків/опікуна: \_\_\_\_\_

*Я засвідчую, що вищезазначена дитина/учень отримала принаймні одну або більше доз необхідних вакцин і на законних підставах має право на умовне відвідування на цей час. Дитина/учень залишатиметься в статусі умовного відвідування щодо кожної з необхідних імунізацій, доки не виконає вимоги імунізації дитячого закладу/школи та не дотримуватиметься графіка, зазначеного нижче.*

Підпис (представника дитячого закладу або школи): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## II. Цей розділ заповнюється лікарем/представником департаменту охорони здоров'я.

Будь ласка, внесіть інформацію щодо наступних доз вакцин, які підлягають введенню, за типом вакцини та датою у наведених нижче полях.

### ТИПИ ВАКЦИН, ЯКІ ПОТРІБНІ

### ДОЗИ ДО ВВЕДЕННЯ/ДАТА ВИКЛЮЧЕННЯ

Приклад: MMR, Поліомієліт

20.12.2012

*Я засвідчую, що встановив графік імунізації для необхідних вакцин для вищезазначеної дитини/учня, і цей графік відповідає мінімальним інтервалам, встановленим ACIP (Консультативний комітет з практики імунізації), щоб забезпечити актуальність імунізації цієї дитини відповідно до вимог дитячого закладу або школи.*

Підпис (лікаря/представника департаменту охорони здоров'я): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## III. Цей розділ підписується одним з батьків/опікуном.

*Я розумію, що моїй дитині дозволено відвідувати дитячий заклад або школу на умовній основі, і погоджуюся вакцинувати мою дитину, дотримуючись вищезазначених термінів. Я також розумію, що згідно із законом штату Монтана та адміністративним правилом моїй дитині не буде дозволено відвідувати дитячий заклад/школу в штаті Монтана, якщо я не погоджуся з цією умовою та не надам необхідну документацію в установлені терміни.*

Підпис (одного з батьків/опікуна): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Дитині/учню може бути дозволено умовне відвідування дитячого закладу або школи, якщо вона:

1. Отримала одну або більше доз кожної з необхідних вакцин і
2. Продовжуватиме отримувати решту доз згідно з графіком, встановленим вище лікарем або департаментом охорони здоров'я відповідно до вимог дитячого закладу або школи.

Графік імунізації для завершення необхідних вакцинацій має бути встановлений лікарем або департаментом охорони здоров'я з документуванням типу вакцини (вакцин) та дати (дат), коли має бути введена наступна доза. Це має бути задокументовано в цій формі та в картці обліку імунізації. Один з батьків/опікун несе відповідальність за дотримання кожного терміну вакцинації та надання документального підтвердження дитячому закладу або школі.

Якщо дитина, яка умовно відвідує дитячий заклад або школу, не завершить імунізацію протягом зазначеного періоду часу, вона буде негайно виключена з дитячого закладу або школи.

# ІНСТРУКЦІЇ

## I. Дитячий заклад, дошкільний заклад, школа K-12:

1. Розділ I заповнюється представником дитячого закладу або школи.
2. Попросіть одного з батьків/опікуна прочитати та підписати розділ III цієї форми.
3. Передайте цю форму одному з батьків/опікуна з інструкціями щодо встановлення графіка імунізації для відсутніх доз вакцини та підписання лікарем/працівником департаменту охорони здоров'я.
4. Після заповнення ця форма має бути повернута до дитячого закладу або школи одним з батьків/опікуном. Ця форма потім зберігається разом з офіційним записом про імунізацію дитини/учня. Одному з батьків/опікуна має бути надана копія цієї форми.
5. Офіційний запис про імунізацію має оновлюватися в міру введення доз вакцини відповідно до встановленого графіка імунізації.
6. Дитина/учень, який не завершив імунізацію згідно з графіком:
  - а) Повинна кваліфікуватися та заявити про звільнення, або
  - б) негайно бути відсторонена директором дитячого закладу або адміністратором школи/уповноваженою особою.

## II. Лікар або департамент охорони здоров'я:

1. Лікар/департамент охорони здоров'я встановить графік імунізації для відсутніх доз вакцини та внесе графік у розділ II. Тип вакцини та дата, коли доза (دوزи) повинні бути введені, мають бути зазначені в цій формі **та** в офіційному записі про імунізацію. Лікар/департамент охорони здоров'я дотримуватиметься рекомендованого АСІР графіка наздоганяння, щоб привести дитину до актуального стану для відповідності вимогам імунізації в дитячому закладі або школі. Після того, як графік імунізації буде встановлений та підписаний лікарем/департаментом охорони здоров'я, ця форма має бути повернута до дитячого закладу/школи одним з батьків/опікуном.

## III. Один з батьків або опікун:

1. Після того, як розділ I цієї форми буде заповнений представником дитячого закладу/школи, будь ласка, прочитайте та підпишіть розділ III.
2. Коли розділ II цієї форми буде заповнений та підписаний лікарем/департаментом охорони здоров'я, він має бути повернений до дитячого закладу/школи одним з батьків/опікуном.
3. Отримайте копію цієї заповненої форми з дитячого закладу/школи для довідкового користування та дотримання встановленого графіка імунізації.
4. Щоразу, коли дитина/учень отримує необхідну вакцину (вакцини), один з батьків/опікун повинен принести підписаний/завірений запис про імунізацію від лікаря/департаменту охорони здоров'я до дитячого закладу/школи для оновлення запису.

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

Анотований кодекс штату Монтана  
20-5-402 – 410: Вимоги щодо імунізації в школах МТ

Адміністративні правила штату Монтана  
37.95.106-214: Імунізація в школах K-12, дошкільних та післясередніх  
навчальних закладах  
37.114.701-721: Правила шкільної імунізації