

هل أطفالك مستعدون؟

قانون التلقیحات الخاص ببرامج رعاية الأطفال والطفولة المبكرة

يتوجب على الأطفال الحصول على تلقیحات قبل الانضمام إلى برامج رعاية الأطفال والطفولة المبكرة في ولاية مینیسوتا أو تقديم طلب للحصول على إعفاء. ينطبق هذا الشرط على جميع مراكز رعاية الأطفال المرخصة، ومرراكز رعاية الأطفال الأسرية، ورعاية الأطفال المعتمدة المعفاة من الترخيص، وبرامج الطفولة المبكرة؛ مثل مرحلة الحضانة، والاستعداد للمدرسة الإضافية، ومرحلة ما قبل الروضة التطوعية، والتعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة. ابحث عن الفئة العمرية لطفلك في الجدول في أدناه، واعرف إجمالي عدد الجرعات المطلوبة من كل لفاح لطفلك.

التلقیحات المطلوبة	4-3 شهور	5-6 شهور	7 شهور - 15 شهراً	16-23 شهراً	من 24 شهراً وحتى ما قبل الروضة
فيروس الالتهاب الكبدي ب (Hep B)	جرعتان	جرعتان	3 جرعات	3 جرعات	3 جرعات
الدفتيريا والتهاب الحنفية والسعال الديكي (DTaP)	جرعة واحدة	جرعة واحدة	3 جرعات	3 جرعات	4 جرعات
شلل الأطفال (IPV)	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعتان	جرعتان	3 جرعات
المكورات الرئوية (PCV)	جرعة واحدة	جرعة واحدة	3 جرعات	3 جرعات	3 جرعات
المستدمية النزلية النوع ب (Hib)	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)					جرعة واحدة
جدرى الماء (chickenpox)					جرعة واحدة
فيروس الالتهاب الكبدي أ (Hep A)					جرعة واحدة

ملاحظة: قد يختلف عدد الجرعات إذا كان طفلك متأخراً في جدول التلقیحات. إذا تخلف طفلك عن التلقیحات، فتحتدى إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص به، فالآوان لم يفت بعد للالتزام بجدول التلقیحات.

تلقیحات موصى بها ولكنها ليست إلزامية لبرامج رعاية الطفل أو الطفولة المبكرة

وكوفيد-، وانزلق لأننا حقال المستخدم يوصى19) يسفتلا يولخلا سيروفلاو ،RSVنامضلا الفلاطلا تقاحاللا نم روتا، وغيرهلا سوفيفرو ،) تقيحاتلا هذه كلغط يقطن ناسبملا وعدهما نأشب لغب صخالا صحیحلا رعاييلا قدممى لاثل. تخدمشكل كاب مهایتمد

نصائح للأباء وأولياء الأمور

تأكد من حصول طفلك على جميع التلقیحات المطلوبة قبل اليوم الأول من برنامج رعاية الطفل/برنامج الطفولة المبكرة أو تقديم طلب للحصول على إعفاء.

أرسل نسخة من سجل تلقیحات طفلك إلى برنامج رعاية الطفل أو برنامج الطفولة المبكرة أو المدرسة. يمكنك الحصول على نسخة من سجل التلقیح الخاص بالطفل من العيادة أو من خلال سجل الطفل الموجود على [Find My Immunization Record](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/find-my-immunization-record) أعنث على سجل تلقیحاتي (www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).

يرجى إكمال الجانب الخلفي إذا كان طفلك يحتاج إلى إعفاء لأسباب طبية أو إذا كنت تختار إعفاء غير طبي بسبب معتقداتك الشخصية.

تلقیحات للرضع والأطفال والراهقين

(www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)



الاعفاءات الطبية وغير الطبية

تعليمات توثيق الاعفاءات الطبية أو غير الطبية وتاريخ الإصابة بجاري الماء (الحمق)

تابع الخطوتين 1 و 2 أدناه لتوثيق الإعفاء الطبي أو الإعفاء غير الطبي أو تاريخ الإصابة بجاري الماء.

1. ضع علامة X في المربع لتحديد إعفاء طبي أو إعفاء غير طبي. إذا كنت تطلب إعفاء طفالك من أكثر من لقاح واحد، فضع علامة X على كل لقاح تعفيه منه.
2. إجمع التوثيقات للحصول على إعفاءات أو تاريخ مرض جاري الماء.

النافحات المطلوبة	إعفاء غير طبي	إعفاء طبي
فيروس الالتهاب الكبدي ب (Hep B)		
الدفتيريا والتينانوس والسعال الديكي (DTaP)		
شلل الأطفال (IPV)		
المكورات الرئوية (PCV)		
المستدمية النزلية النوع ب (Hib)		
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)		
جاري الماء (chickenpox)		
فيروس الالتهاب الكبدي أ (Hep A)		

الاعفاء غير الطبي: يجب أن يوقع أحد الأبوين/ولي الأمر للحصول على إعفاء غير طبي، ويجب توقيع النموذج وختمه من قبل كاتب العدل. لن يطلب من الطفل الحصول على تلقيح يتعارض مع معتقدات أبيه أو ولي أمره. من شأن اختبار عدم تلقيح أن يعرض صحة طفالك أو الآخرين المحيطين به للخطر. قد يطلب من الأطفال غير المفحظين المعرضين لمرض يمكن الوقاية منه باللقاحات البقاء في المنزل، وعدم الذهاب إلى المدرسة أو الأنشطة الأخرى لمدة تصل إلى 21 يوماً لحماية أنفسهم والآخرين.

أؤكد بتوقيعي أن هذا الطفل لن يتلقى اللقاحات المحددة بعلامة X في الجدول؛ بسبب معتقداتي، وأدرك أنه قد يطلب منه البقاء خارج المدرسة والأنشطة الأخرى لمدة تصل إلى 21 يوماً إذا تعرض لمرض يمكن الوقاية منه باللقاحات.

التاريخ: _____
(خاص بالوالد/ولي الأمر)

ختم كاتب العدل

يجب أيضاً توقيع الاعفاءات غير الطبية وختتها من قبل كاتب العدل:

قد تم الإقرار بهذه الوثيقة أمامي في يوم

(التاريخ)، _____
بواسطة _____

(اسم الوالد أو ولي الأمر)

توقيع كاتب العدل:

الولاية _____
مقاطعة _____

تاريخ مرض جاري الماء (varicella): إذا أصيب طفالك سابقاً بجاري الماء، فهو ليس ملزاً بتلقي لقاح هذا المرض. يجب على مقدم الرعاية الصحية التوقيع على هذا النموذج إذا حدثت الإصابة بالمرض بعد 1 سبتمبر 2010. إذا أصيب الطفل بجاري الماء قبل 1 سبتمبر 2010، يجوز لأحد الوالدين أو ولي الأمر التوقيع على هذا النموذج.

توفيقي أدناه يعني أنني أؤكد أن هذا الطفل لا يحتاج إلى لقاح جاري الماء لأنه أصيب بالمرض في الشهر والسنة التاليين

التاريخ: _____
(خاص بمارس الرعاية الصحية، أو ممثل العيادة العامة، أو الوالد/ولي الأمر)