के तपाईंका बच्चाहरू तयार छन्?

बाल हेरचाह तथा प्रारम्भकि बाल्यकाल कार्यक्रम खोपको कानून

बच्चाहरूले Minnesota मा बाल हेरचाह तथा प्रारम्भकि बाल्यकाल कार्यक्रमहरूमा भर्ना हुनु अघि खोपहरू लगाउन वा कुनै छुट पेश गर्न आवश्यक हुन्छ। यो आवश्यकता सबै अनुमतपित्र प्राप्त बाल हेरचाह केन्द्रहरू, पारिवारिक बाल हेरचाह, प्रमाणति अनुमतपित्र छुट बाल हेरचाह, र प्रारम्भकि बाल्यकाल कार्यक्रमहरू जस्तै प्रिस्कूल, स्कूल रेडिनेस प्लस, स्वैच्छकि प्रीकिन्डिरगार्टन, र प्रारम्भकि बाल्यकाल विशेष शिक्षामा लागू हुन्छ। तलको चार्टमा तपाईंको बच्चाको उमेर समूह खोज्नुहोस् र उनीहरूको उमेरको लागि प्रत्येक खोपको जम्मा कति डोजहरू आवश्यक छ भनी हेर्नुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	3 देखि 4 महिनासम्म	5 देखि 6 महिनासम्म	7 देखि 15 महिनासम्म	16 देखि 23 महिनासम्म	24 महिनादेखि किन्डरगार्टनसम्म
हेपाटाइटसि B (हेप B)	2 डोजहरू	2 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू
डिप्थेरिया, टिटानस र पेर्टुससि (Diphtheria, tetanus, and pertussis, DTaP)	1 डोज	2 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू	4 डोजहरू
निष्क्रयि पोलियो खोप (Inactivated Polio Vaccine, IPV)	1 डोज	2 डोजहरू	2 डोजहरू	2 डोजहरू	3 डोजहरू
न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सनि (Pneumococcal Conjugate Vaccine, PCV)	1 डोज	2 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू	
हेमोफलिस इन्फ्लुएन्जा प्रकार B (Haemophilus influenzae type b, Hib)	1 डोज	1 डोज	1 डोज	1 डोज	1 डोज
दादुरा, मम्प्स, रुबेला (Measles, mumps, rubella, MMR)				1 डोज	1 डोज
भेरसिला (ठेउला)				1 डोज	1 डोज
हेपाटाइटसि A (हेप A)					1 डोज

नोट: यदि तपाईंको बच्चा समय तालिकाभन्दा पछाडि छ भने डोजको संख्या फरक हुन सक्छ। यदि तपाईंको बच्चा उनीहरूका खोपहरू लगाउनमा पछाडि परेको छ भने यसलाई भेटाउन ढिला भएको छैन, उनीहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

सफिारसि गरिएको तर बाल हेरचाह वा प्रारम्भकि बाल्यकाल कार्यक्रमहरूका लागि आवश्यक छैन

इन्फ्लुएन्जा (फ्लु), कोभिड-19, रेस्पिरेटरी सिन्सिटियिल भाइरस (respiratory syncytial virus, RSV), रोटाभाइरस र अन्य खोपहरू बच्चाहरूका लागि तिनीहरू पूणर् रूपमा सुरक्षित छन् भनेर सुनिश्चित गनर्का लागि सिफारिस गरिन्छ। तपाईंको बच्चाले यी खोपहरू कहिले पाउनुपछर् भन्ने बारे आफ्नो स्वास्थ्य सेवा पर्दायकसँग कुराकानी गनुर्होस्।

आमाबाबु तथा अभभिावकहरूका लागि सुझाव

- निश्चिति गर्नुहोस् कि तपाईंको बच्चाले उनीहरूको बाल हेरचाह/प्रारम्भकि बाल्यकाल कार्यक्रमको पहिलो दनि अघि नै आवश्यक सबै खोपहरू पाएको छ वा कुनै छुट पेश गर्नुहोस्।
- तपाईंको बच्चाको खोप रेकर्डको एक प्रतलिपि उनीहरूको बाल हेरचाह, प्रारम्भकि बाल्यकाल कार्यक्रम, वा विद्यालयमा पेश गर्नुहोस्। तपाईंले क्लनिकिबाट उनीहरूको रेकर्डको प्रतलिपि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा तिनीहरूको रेकर्ड मेरो खोप रेकर्ड फेला पार्नुहोस्(www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) मा फेला पार्न सक्नुहुन्छ।
- यदि तपाईंको बच्चालाई चकित्सिा कारणहरूले गर्दा छुट चाहन्छि वा यदि तपाईं व्यक्तिगत मान्यताहरूका कारणले गैर-चकित्सिा छूटका लागि विकिल्प छान्दै हुनुहुन्छ भने कृपया पछाडिको भागलाई पूरा गर्नुहोस्।

शिशु, बालबालकिा तथा किशोरहरूका लागि खोपहरू (www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

वैकिल्पक ढाँचाका लागि 651-201-5503 वा 1-800-657-3970 मा खोप कायकर्मर्लाई सम्पकर् गनुहोर्स्।
12/2024 Nepali

DEPARTMENT OF HEALTH

बच्चाको नाम (नाम, थर):______________________ बच्चाको जन्ममिति:__________________

चकितिसा तथा गैर चकितिसा छूटहरू

चकित्सिा वा गैर-चकित्सिा छुटहरू र ठेउला (भेरसिैला) को इतहिसिलाई कागजातीकरण गर्न नर्दिेशनहरू

चकित्सिा छूट, गैर-चकित्सिा छूट, वा ठेउलाको इतहिासलाई कागजातीकरण गर्नका लाग तिलका 1 र 2 चरणहरूको पालना गर्नुहोस्।

1. चकित्सिा वा गैर-चकित्सिा छूटलाई संकेत गर्न बक्समा X चनि्ह राख्नुहोस्। यद तिपाईंले आफ्नो बच्चालाई एकभन्दा बढी खोपबाट छुट दनिुहुन्छ भने, तपाईंले तनीहिरूलाई छुट दनिुभएको प्रत्येक खोपलाई X द्वारा चनि्ह लगाउनुहोस्।
2. छुटहरू वा ठेउला रोगको इतहिासका लाग हिस्ताक्षरहरू प्राप्त गर्नुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	चकित्सिा	गैर-चकित्सिा
हेपाटाइटसि B (हेप B)		
डप्थिेरयिा, टटिनस र पेर्टुससि (DTaP)		
नषि्क्रयि पोलयिो खोप (IPV)		
न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन (PCV)		
हेमोफलिस इन्फ्लुएन्जा प्रकार B (Hib)		
दादुरा, मम्प्स, रुबेला (MMR)		
भेरसिैला (ठेउला)		
हेपाटाइटसि A (हेप A)		

चकित्सिा छूट: एक स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले कुनै चकित्सिा छूटमा समीक्षा र हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। स्वास्थ्य सेवा प्रदायकमा अनुमतपित्र प्राप्त चकित्सिक, नर्स व्यवसायी, वा चकित्सिक सहायक पर्दछन्।
मुनकिो मेरो हस्ताक्षरद्वारा, म यो पुष्ट गिर्छु कयिो बच्चालाई चकित्सिा कारणहरू (प्रतरिोधहरू) का कारण तालकिामा X चनि्ह लगाइएको खोपहरू लगाउनु हुँदैन वा कनिभने प्रयोगशालाको पुष्ट छि क तिनीहिरू पहलि नै प्रतरिक्षा छन्।

हस्ताक्षर: ______________________
(स्वास्थ्य हेरचाह चकित्सिक)

मति:________________

गैर-चकित्सिा छूट: आमाबाबु/अभभिावकले गैर-चकित्सिा छुटका लाग हिस्ताक्षर गर्नुपर्छ र फाराममा एक नोटरीद्वारा हस्ताक्षर र छाप लगाइएको हुनुपर्छ। बच्चालाई उनीहरूको आमाबाबु वा अभभिावकको मान्यताका वरिुद्धमा खोप लगाउन आवश्यक छैन। खोप नलगाउने छनोटले तपाईंको बच्चा वा तनीहिरू वरपर रहेका अरूको स्वास्थ्यलाई जोखमिमा पार्न सक्छ। खोप नलगाइएका बालबालकिा जो खोपबाट बच्न सकनि रोगको सम्पर्कमा आएका छन्, उनीहरूले आफू र अरूलाई जोगाउन 21 दनिसम्म वद्यिालय तथा अन्य गतविधिहिरूबाट बाहरि घरमा बस्नुपर्ने हुन सक्छ।
मेरो हस्ताक्षरद्वारा म यो पुष्ट गिर्छु कयिो बच्चाले मेरो मान्यताका कारणले तालकिामा X चनि्ह लगाइएका खोपहरू प्राप्त गर्ने छैन र म यो बुझ्छु क खिोपले रोकथाम गर्न सकनि रोगको सम्पर्कमा आएमा उनीहरूलाई 21 दनिसम्म वद्यिालय तथा अन्य गतविधिहिरूबाट बाहरि बस्नुपर्ने हुन सक्छ।

हस्ताक्षर:________________________________ मति:__________
(आमाबाबु/अभभिावकको)

गैर-चकित्सिा छुटहरू पन एिक नोटरीद्वारा हस्ताक्षरति र छापएिको हुनुपर्छ:

नोटरीको छाप

यो कागजात मेरो अगाड सि्वीकार गरएिको थयिो

____________________ (मति),

द्वारा______________________
(आमाबाबु वा अभभिावकको नाम)

नोटरीको हस्ताक्षर:

____

______________________, राज्य
______________________ देश

ठेउला (भेरसिैला) रोगको इतहिास: यद बिच्चालाई पहलि नै ठेउला भएको थयिो भने, उनीहरूलाई भेरसिैला खोप लगाउन आवश्यक छैन। यद यिो रोग सेप्टेम्बर 1, 2010 पछ भिएको खण्डमा स्वास्थ्य प्रदायकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। यद बिच्चालाई सेप्टेम्बर 1, 2010 अघ ठेउला भएको थयिो भने, आमाबाबु वा अभभिावकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्न सक्छन्।
मुनकिो मेरो हस्ताक्षरको अर्थ यो हो क मि यो बच्चालाई भेरसिैला खोप आवश्यक पर्दैन भन्ने कुरा पुष्ट गिर्छु कनिभने उनीहरूलाई नम्नि महनिा र सालमा ठेउला भएको थयिो ________________
हस्ताक्षर: ______________________ मति: ______________
(स्वास्थ्य हेरचाह व्यवसायी, सार्वजनकि क्लनिकिको प्रतनिधिि, वा आमाबाबु/अभभिावकको)