

Готовы ли ваши дети?

Закон об иммунизации для детских садов и программ дошкольного образования

Дети в Миннесоте перед регистрацией в детских садах и программах дошкольного образования должны сделать прививки или предоставить документ об освобождении от вакцинации. Это требование распространяется на все лицензированные детские сады, семейные детские сады, нелицензируемые сертифицированные детские сады, а также программы дошкольного образования, такие как дошкольные учреждения, расширенные курсы подготовки к школе, добровольные дошкольные программы и учреждения специального образования для дошкольников. Найдите возрастную группу своего ребёнка в таблице ниже и посмотрите, сколько всего доз каждой вакцины требуется для его возраста.

Необходимые прививки	3–4 месяца	5–6 месяцев	7–15 месяцев	16–23 месяца	От 24 месяцев до подготовительного класса
Гепатит В (Нер В)	2 дозы:	2 дозы:	3 дозы:	3 дозы:	3 дозы:
Дифтерия, столбняк и коклюш (DTaP)	1 доза	2 дозы:	3 дозы:	3 дозы:	4 дозы:
Полиомиелит (IPV)	1 доза	2 дозы:	2 дозы:	2 дозы:	3 дозы:
Пневмококковая инфекция (PCV)	1 доза	2 дозы:	3 дозы:	3 дозы:	
Гемофильная палочка типа b (Hib)	1 доза	1 доза	1 доза	1 доза	1 доза
Корь, эпидемический паротит, краснуха (MMR)				1 доза	1 доза
Ветряная оспа (ветрянка)				1 доза	1 доза
Гепатит А (Нер А)					1 доза

Примечание. Если ребёнок отстает от графика прививок, количество доз может быть другим. Если ваш ребёнок отстал от графика прививок, то можно наверстать упущенное — проконсультируйтесь с лечащим врачом ребёнка.

Рекомендуется, но не обязательно для детских садов и программ дошкольного образования

Для полной защиты детям рекомендуются вакцины против гриппа, COVID-19, респираторно-синцитиального вируса (PCB), ротавирусной инфекции и другие прививки. Проконсультируйтесь со своим врачом о том, когда вашему ребёнку следует сделать эти прививки.

Советы родителям и опекунам

- Убедитесь, что ваш ребёнок получил все необходимые прививки до первого дня посещения детского сада/программы дошкольного образования или предоставьте документ об освобождении от прививок.
- Отправьте копию карты прививок своего ребёнка в детский сад, программу дошкольного образования или школу. Копию карты ребёнка можно получить в поликлинике или найти на сайте [Найти мою карту прививок \(www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html\)](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).
- Заполните обратную сторону, если вашему ребёнку требуется освобождение от прививок по медицинским показаниям или если хотите получить освобождение по личным убеждениям.



[Вакцины для младенцев, детей и подростков
\(www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html\)](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

Чтобы запросить документ в другом формате, обратитесь в Программу иммунизации по тел. 651-201-5503 или 1-800-657-3970.

ID# 80157 (12/2024) Russian

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЁНКА:

ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЁНКА:

Освобождения от прививок по медицинским показаниям и немедицинским причинам**Инструкция по документированию освобождений от прививок по медицинским показаниям и****немедицинским причинам и истории заболевания ветряной оспой (ветрянкой)**

Для документирования освобождения от прививок по медицинским показаниям, освобождения по немедицинским причинам или истории заболевания ветрянкой выполните указанные ниже шаги 1 и 2.

1. Поставьте «Х» в соответствующем поле, чтобы указать освобождение по медицинским или немедицинским причинам.

Если вы освобождаете ребёнка от более чем одной вакцины, отметьте знаком «Х» каждую вакцину, от которой вы его освобождаете.

2. Получите подписи для освобождений или истории заболевания ветрянкой.

Необходимые прививки	Медицинские	Немедицинские
Гепатит В (Hep B)		
Дифтерия, столбняк и коклюш (DTaP)		
Полиомиелит (IPV)		
Пневмококковая инфекция (PCV)		
Гемофильная палочка типа b (Hib)		
Корь, эпидемический паротит, краснуха (MMR)		
Ветряная оспа (ветрянка)		
Гепатит А (Hep A)		

Освобождение от прививок по медицинским показаниям: Проверить и подписать освобождение по медицинским показаниям должен медицинский работник. Это может быть лицензированный врач, практикующая медсестра или помощник врача.
Своей подписью ниже я подтверждаю, что данному ребёнку не рекомендуется получать вакцины, отмеченные в таблице знаком «Х», по медицинским причинам (противопоказаниям) или ввиду наличия у него лабораторно подтверждённого иммунитета.

Подпись: _____
(практикующего медицинского работника)

Дата: _____

Освобождение по немедицинским причинам: Родитель/опекун должен расписаться в форме освобождения по немедицинским причинам, и её должен подписать и заверить печатью нотариус. Ребёнок может не делать прививку, если это противоречит убеждениям его родителя или опекуна. Отказ от вакцинации может поставить под угрозу здоровье вашего ребёнка или окружающих. Невакцинированных детей, подвергшихся инфекции, которую можно предотвратить с помощью вакцинации, могут обязать в течение 21 дня оставаться дома, не посещать школу и другие занятия, чтобы обезопасить себя и других людей.
Своей подписью я подтверждаю, что этот ребёнок не будет получать вакцины, отмеченные в таблице знаком «Х», по причине моих убеждений, и я понимаю, что от него могут потребовать в течение 21 дня не посещать школу и другие занятия, если он подвергнется инфекции, которую можно предотвратить с помощью вакцинации.

Подпись: _____ Дата: _____
(родителя/опекуна)

Документы об освобождении по немедицинским причинам должен также подписать и заверить печатью нотариус:

Печать нотариуса

Этот документ был заверен в моём присутствии

(дата),

(имя родителя или опекуна)



Подпись нотариуса:

Штат _____,
Округ _____

История заболевания ветрянкой (ветряной оспой): Если ребёнок ранее болел ветрянкой, прививка ему не требуется.

Если заболевание перенесено после 1 сентября 2010 г., эту форму должен подписать медицинский работник. Если ребёнок перенёс ветрянку до 1 сентября 2010 г., форму может подписать родитель или опекун.

Своей подписью я подтверждаю, что этому ребёнку не нужна вакцина против ветрянки, поскольку он перенёс ветрянку в следующем месяце и году: _____

Подпись: _____ Дата: _____
(лечащего врача, представителя государственной клиники или родителя/опекуна)