

هل أطفالك مستعدون؟

قانون K-12 للتأقيحات لولاية مينيسوتا

يلزم الطلاب بتقديم طلبات محددة للمدرسة أو تقديم طلب للحصول على إعفاء. ينطبق هذا الشرط على جميع المدارس العامة والخاصة والمنزلية والمدارس على الإنترنت في ولاية مينيسوتا. ابحث عن الصف الدراسي الخاص بولدك في الجدول أدناه، واعرف إجمالي عدد الدرجات المطلوبة من كل لفاح لصف ولدك.

الصف الثاني عشر	الصف السابع إلى الصف الحادي عشر	ما قبل الروضة وحتى الصف السادس	التلقيحات المطلوبة
3 جرعات	3 جرعات	3 جرعات	فيروس الالتهاب الكبدي ب (Hep B)
4 جرعات	4 جرعات	4 جرعات	شلل الأطفال (IPV)
جرعتان	جرعتان	جرعتان	الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)
جرعتان	جرعتان	جرعتان	جدري الماء (chickenpox)
5 جرعات	5 جرعات	5 جرعات	الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DTaP)
جرعة واحدة	جرعة واحدة		التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي (Tdap)
جرعتان	جرعة واحدة		لماح المكورات السحائية (ACWY (MenACWY))

ملاحظة: قد يختلف عدد الجرعات إذا كان طفلك متأخراً في جدول التلقيحات. إذا تخلف طفلك عن التلقيحات، فتحدث إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص به، فالاؤان لم يفت بعد لالزام بجدول التلقيحات.

تأقيحات موسوعة، بها لكنها ليست إلكترونية للمدرسة

نصائح للأباء وأولياء الأمور

تأكد من حصول طفلك على جميع التلقيحات المطلوبة قبل اليوم الأول من المدرسة أو تقديم طلب للحصول على إعفاء. أرسل نسخة من سجل تلقيحات طفلك إلى المدرسة. يمكنك الحصول على نسخة من سجل التطعيم الخاص بالطفل من العيادة أو من خلال سجل الطفل الموجود على [Find My Immunization Record](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) (أعثر على سجل تلقيحيائي).

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

نادي صحة للأطفال والمرأة (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 و2 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 طفلك من أكثر من لقاح واحد، فضع علامة X على كل لقاح تعفيه منه.
2. إجمع التوقيعات للحصول على إعفاءات أو تاريخ مرض جاري الماء.

الاعفاء الطبي: يجب على مقدم الرعاية الصحية مراجعة الإعفاء الطبي والتوفيق عليه. يشمل مقدمو الرعاية الصحية الطبيب المرخص، أو ممارس التمريض، أو مساعد الطبيب. بتوفيقك أدناه، أؤكد أن هذا الطفل ينبغي إلا يتلقى اللقاحات المحددة بعلامة X في الجدول لأسباب طيبة (موانع الاستعمال) أو لوجود تأكيد مختبري بأنه محسن بالفعل.

التوفيق: _____

(خاص بمارس الرعاية الصحية)

التاريخ: _____

النفقات المطلوبة	اعفاء طبي	اعفاء غير طبي
فيروس الالتهاب الكبدي ب (Hep B)		
شلل الأطفال (IPV)		
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)		
جاري الماء (chickenpox)		
الدفتيريا والتهاب الحنجرة والسعال الديكي (DTaP)		
التهاب الحنجرة، والدفتيريا، والسعال الديكي (Tdap)		
لماضي المكورات السحائية ACWY (MenACWY)		

الاعفاء غير الطبي: يجب أن يوقع أحد الأبوين/ولي الأمر للحصول على إعفاء غير طبي، ويجب توقيع النموذج وختمه من قبل كاتب العدل. لن يُطلب من الطفل الحصول على تعليم يتعارض مع معتقدات أبيه أو ولي أمره. من شأن اختيار عدم تلقي أن يعرض صحة طفلك أو الآخرين المحيطين به للخطر. قد يُطلب من الأطفال غير الملقحين 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 بتوفيقك أن هذا الطفل لن يتلقى اللقاحات المحددة بعلامة X في الجدول؛ بسبب معتقداتي، وأدرك أنه قد يُطلب منه البقاء خارج المدرسة والأنشطة الأخرى لمدة تصل إلى 21 يوماً إذا تعرض لمرض يمكن الوقاية منه باللقاحات.

التوفيق: _____

(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 طفلك سابقاً بجاري الماء، فهو ليس ملزماً بتلقي لقاح هذا المرض. يجب على مقدم الرعاية الصحية التوفيق 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.

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

التوفيق: _____

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