

هل أطفالك مستعدون؟

قانون K-12 للتلقيحات لولاية مينيسوتا

يلزم الطلاب بتلقي لقاحات 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 الجرعات المطلوبة من كل لقاح لصف ولدك.

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

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

تلقيحات موصى بها لكنها ليست إلزامية للمدرسة

يدفكونزا، ولالإنف حاقه لاطعايوصى بـ19) ي البشر ييمالده مبروس الورفو، HPV) ب نيةاحسال توراكوالم، MenBتأحاقلا ن م اوغيره، ن لمزيد م. تأيحقالة هك هذلفي قللت بساد المذعالمو ن أبك بش صاية الصحية الخاعالر مدقحدث إلى م. ل مكال كبش مهيتاحم ن الضم ل اللأطف

نصائح للآباء 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](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) أعثر على سجل تلقيحاتي. 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.

تلقيحات للرضع والأطفال والمراهقين

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



الإعفاءات الطبية وغير الطبية

تعليمات توثيق الإعفاءات الطبية أو غير الطبية وتاريخ الإصابة بجذري الماء (الحماق)

اتبع الخطوتين 1 و2 أدناه لتوثيق الإعفاء الطبي أو الإعفاء غير الطبي أو تاريخ الإصابة بجذري 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. اجمع التوقيعات للحصول على إعفاءات أو تاريخ مرض جذري الماء.

الإعفاء الطبي: يجب على مقدم الرعاية الصحية مراجعة الإعفاء الطبي والتوقيع عليه. يشمل مقدمو الرعاية الصحية الطبيب المرخص، أو ممارس التمريض، أو مساعد الطبيب. بتوقيعي أدناه، أؤكد أن هذا الطفل ينبغي ألا يتلقى اللقاحات المحددة بعلامة X في الجدول لأسباب طبية (موانع الاستعمال) أو لوجود تأكيدات مختبرية بأنه محصن بالفعل.

التوقيع:

(خاص بممارس الرعاية الصحية)

التاريخ:

التلقيحات المطلوبة	إعفاء طبي	إعفاء غير طبي
فيروس الالتهاب الكبدي ب (Hep B)		
شلل الأطفال (IPV)		
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)		
جذري الماء (chickenpox)		
الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DTaP)		
التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي (Tdap)		
لقاح المكورات السحائية ACWY (MenACWY)		

الإعفاء 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 تطعيم يتعارض مع معتقدات أبويه أو ولي أمره. من شأن اختيار عدم تلقي تطعيم 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 يومًا لحماية أنفسهم والآخرين.

أؤكد بتوقيعي 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 يومًا إذا تعرض لمرض يمكن الوقاية منه باللقاحات.

التوقيع:

التاريخ:

(خاص بالوالد/ولي الأمر)

ختم كاتب العدل

يجب أيضًا توقيع الإعفاءات غير الطبية وختمها من قبل كاتب العدل:

قد تم الإقرار بهذه الوثيقة أمامي في يوم

بواسطة (التاريخ)

(اسم الوالد أو ولي الأمر)

توقيع كاتب العدل:

الولاية

مقاطعة

تاريخ مرض جذري الماء (varicella): إذا أصيب طفلك سابقًا بجذري الماء، فهو ليس ملزمًا بتلقي لقاح هذا المرض. يجب على مقدم الرعاية الصحية التوقيع على هذا النموذج إذا حدثت الإصابة بالمرض بعد 1 سبتمبر 2010. إذا أصيب الطفل بجذري الماء قبل 1 سبتمبر 2010، يجوز لأحد الوالدين أو ولي الأمر التوقيع على هذا النموذج.

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

التوقيع:

التاريخ:

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