

के तपाईका बच्चाहरू तयार छन्?

Minnesota K-12 खोप कानून

वदियार्थीहरूले वदियालयको लागि निश्चिती खोपहरू लगाउन वा कुनै छुट पेश गर्न आवश्यक छ। यो आवश्यकता मनेसोटाका सम्पूर्ण सार्वजनिक, नजी, अनलाइन र गृह वदियालयहरूमा लागू हुन्छ। तलको चार्टमा तपाईको बच्चाको कक्षा हेरनुहोस् र उनीहरूका कक्षाका लागि प्रत्येक खोपको जम्मा कति डोजहरू आवश्यक छ भनेर हेरनुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	कनिडरगार्टनदेखि कक्षासम्म	सातौं कक्षादेखि एघार कक्षासम्म	बाह्रौं कक्षा
हेपाटाइटिस B (हेप B)	3 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू
नषिक्रयि पोलियो खोप (Inactivated Polio Vaccine, IPV)	4 डोजहरू	4 डोजहरू	4 डोजहरू
दादुरा, मम्प्स, रुबेला (Measles, mumps, rubella, MMR)	2 डोजहरू	2 डोजहरू	2 डोजहरू
भेरसैला (ठेउला)	2 डोजहरू	2 डोजहरू	2 डोजहरू
डिप्टेरिया, टटानस र पेरुटसिस (Diphtheria, Tetanus, and Pertussis, DTaP)	5 डोजहरू	5 डोजहरू	5 डोजहरू
टटानस, डिप्टेरिया र पेरुटसिस (Tetanus, Diphtheria, and Pertussis, Tdap)		1 डोज	1 डोज
मेनिगोकोकल ACWY मेनिगोकोकल समूह A, C, W-135 र Y कन्जुगेट भ्याक्सनि (Meningococcal group A, C, W-135 and Y conjugate vaccine, MenACWY)		1 डोज	2 डोजहरू

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

सिफारिस गरिएको छ तर विद्यालयका लागि आवश्यक छैन

इन्फ्लुएन्जा (फ्लु), कोभिड-19, ह्युमन प्यापिलोमाभाइरस (Human Papillomavirus, HPV), मेनिगोकोकल B (MenB) र अन्य खोपहरूलाई बच्चाहरूलाई तिनीहरू पूर्ण रूपमा सुरक्षित छन् भनेर सुनिश्चित गर्नका लागि सिफारिस गरिन्छ। तपाईको बच्चाले यी खोपहरू कहिले पाउनुपर्छ भन्ने बारे आफ्ना स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग कुराकानी गनुहोस्।

आमाबाबु तथा अभिभावकहरूका लागि सुझाव

- निश्चिती गर्नुहोस् कि तपाईको बच्चाले उनीहरूको वदियालयको पहिलो दिन अघि नै आवश्यक सबै खोपहरू पाएको छ वा कुनै छुट पेश गर्नुहोस्।
- तपाईको बच्चाको खोप रेकर्डको एक प्रतिलिपि उनीहरूको वदियालयमा पेश गर्नुहोस्। तपाईले क्लिनिकिबाट तिनीहरूको रेकर्डको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा तिनीहरूको रेकर्ड यसमा फेला पार्न सक्नुहुन्छ [मेरो खोप रेकर्ड खोजनुहोस् \(www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html\)](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html)।
- यदि तपाईको बच्चालाई चिकित्सा कारणहरूले गर्दा छुट चाहन्छ वा यदि तपाई व्यक्तिगत मान्यताहरूका कारणले गैर-चिकित्सा छूटका लागि विकल्प छान्दै हुनुहुन्छ भने कृपया पछाडिको भागलाई पूरा गर्नुहोस्।



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

चकितिसा तथा गैर चकितिसा छुटहरू

चकितिसा वा गैर-चकितिसा छुटहरू र ठेउला (भेरसिला) को इतहासलाई कागजातीकरण गर्न नरिदेशनहरू

चकितिसा छुट, गैर-चकितिसा छुट, वा ठेउलाको इतहासलाई कागजातीकरण गर्नका लागि तिलका 1 र 2 चरणहरूको पालना गर्नुहोस्।

- चकितिसा वा गैर-चकितिसा छुटलाई संकेत गर्न बक्समा X चिन्ह राख्नुहोस्। यदि तपाईंले आफ्नो बच्चालाई एकभन्दा बढी खोपबाट छुट दानुहुन्छ भने, तपाईंले तनीहरूलाई छुट दानुभएको प्रत्येक खोपलाई X द्वारा चिन्ह लगाउनुहोस्।
- छुटहरू वा ठेउला रोगको इतहासका लागि हस्ताक्षरहरू प्राप्त गर्नुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	चकितिसा	गैर-चकितिसा
हेपाटाइटिस B (हेप B)		
नषिक्रयि पोलियो खोप (IPV)		
दादुरा, मम्प्स, रुबेला (MMR)		
भेरसिला (ठेउला)		
डिप्टेरिया, टटिनस र पेरटुसिस (DTaP)		
टटिनस, डिप्टेरिया र पेरटुसिस (Tdap)		
मेननिङ्गोकोकल (MenACWY)		

चकितिसा छुट: एक स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले कुनै चकितिसा छुटमा समीक्षा र हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। स्वास्थ्य सेवा प्रदायकमा अनुमतपत्र प्राप्त चकितिसक, नर्स व्यवसायी, वा चकितिसक सहायक पर्दछन्।

मुनिको मेरो हस्ताक्षरद्वारा, म यो पुष्टि गर्छु कि यो बच्चालाई चकितिसा कारणहरू (प्रतरीधहरू) का कारण तालकामा X चिन्ह लगाइएको खोपहरू लगाउनु हुँदैन वा कनिभने प्रयोगशालाको पुष्टि छ कि तनीहरू पहिले नै प्रतरीक्षा छन्।

हस्ताक्षर: _____
(स्वास्थ्य स्याहार चकितिसकको)

मिति: _____

गैर-चकितिसा छुट: आमाबाबु/अभभावकले गैर-चकितिसा छुटका लागि हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र फाराममा एक नोटरीद्वारा हस्ताक्षर र छाप लगाइएको हुनुपर्छ। बच्चालाई उनीहरूको आमाबाबु वा अभभावकको मान्यताका वरिद्धमा खोप लगाउन आवश्यक छैन। खोप नलगाउने छनोटले तपाईंको बच्चा वा तनीहरू वरपर रहेका अरूको स्वास्थ्यलाई जोखिममा पार्न सक्छ। खोप नलगाइएका बालबालिका जो खोपबाट बच्न सकिने रोगको सम्पर्कमा आएका छन्, उनीहरूले आफू र अरूलाई जोगाउन 21 दिनसम्म वदियालय तथा अन्य गतविधिहरूबाट बाहिर घरमा बस्नुपर्ने हुन सक्छ।

मेरो हस्ताक्षरद्वारा म यो पुष्टि गर्छु कि यो बच्चाले मेरो मान्यताका कारणले तालकामा X चिन्ह लगाइएका खोपहरू प्राप्त गर्ने छैन र म यो बुझ्छु कि खोपले रोकथाम गर्न सकिने रोगको सम्पर्कमा आएमा उनीहरूलाई 21 दिनसम्म वदियालय तथा अन्य गतविधिहरूबाट बाहिर बस्नुपर्ने हुन सक्छ।

हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
(आमाबाबु/अभभावकको)

गैर-चकितिसा छुटहरू पना एक नोटरीद्वारा हस्ताक्षरति र छापिएको हुनुपर्छ:

नोटरीको छाप

यो कागजात मेरो अगाडि स्वीकार गरिएको थियो

_____ (मिति),

द्वारा _____
(आमाबाबु वा अभभावकको नाम)

नोटरीको हस्ताक्षर:

_____, राज्य
_____ देश

ठेउला (भेरसिला) रोगको इतहास: यदि बच्चालाई पहिले नै ठेउला भएको थियो भने, उनीहरूलाई भेरसिला खोप लगाउन आवश्यक छैन। यदि सेप्टेम्बर 1, 2010 पछि यो रोग भयो भने स्वास्थ्य प्रदायकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। यदि बच्चालाई सेप्टेम्बर 1, 2010 अघि ठेउला भएको थियो भने, आमाबाबु वा अभभावकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्न सक्छन्।

मुनिको मेरो हस्ताक्षरको अर्थ यो हो कि म यो बच्चालाई भेरसिला खोप आवश्यक पर्दैन भन्ने कुरा पुष्टि गर्छु कि कनिभने उनीहरूलाई नमिन् महनि र सालमा ठेउला भएको थियो _____

हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
(स्वास्थ्य हेरचाह व्यवसायी, सार्वजनिक क्लिनिकको प्रतनिधि, वा आमाबाबु/अभभावकको)