

# Готовы ли ваши дети?

## Закон штата Миннесота об иммунизации школьников от подготовительного до 12 класса (K-12)

Для посещения школы ученики должны сделать определённые прививки или предоставить документ об освобождении от вакцинации. Это требование распространяется на все государственные, частные, онлайн-школы и домашние школы в Миннесоте. Найдите возрастную группу своего ребёнка в таблице ниже и посмотрите, сколько всего доз каждой вакцины требуется для его возраста.

Необходимые прививки	Подготовительный - шестой класс	Седьмой - одиннадцатый класс	Двенадцатый класс
Гепатит В (Нер В)	3 дозы	3 дозы	3 дозы
Полиомиелит (IPV)	4 дозы	4 дозы	4 дозы
Корь, эпидемический паротит, краснуха (MMR)	2 дозы	2 дозы	2 дозы
Ветряная оспа (ветрянка)	2 дозы	2 дозы	2 дозы
Дифтерия, столбняк и коклюш (DTaP)	5 дозы	5 дозы	5 дозы
Столбняк, дифтерия и коклюш (Tdap)		1 доза	1 доза
Менингококковая вакцина ACWY (MenACWY)		1 доза	2 дозы

**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 школы.

Для полной защиты детям рекомендуются вакцины против гриппа, COVID-19, вируса папилломы человека (ВПЧ), менингококковой инфекции В (MenB) 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 в школе, или предоставьте документ об освобождении от прививок.
- Отправьте копию карты прививок своего ребёнка в 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 вы 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)

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 «X» в соответствующем поле, чтобы указать освобождение по медицинским или немедицинским причинам. Если вы освобождаете ребёнка от более чем одной вакцины, отметьте знаком «X» каждую вакцину, от которой вы его освобождаете.
2. Получите подписи для освобождений или истории заболевания ветрянкой.

Необходимые прививки	Медицинские	Немедицинские
Гепатит В (Hep B)		
Полиомиелит (IPV)		
Корь, эпидемический паротит, краснуха (MMR)		
Ветряная оспа (ветрянка)		
Дифтерия, столбняк и коклюш (DTaP)		
Столбняк, дифтерия и коклюш (Tdap)		
Менингококковая вакцина ACWY (MenACWY)		

**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 «X», 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, её также 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 «X», по причине моих убеждений, и я понимаю, что если он подвергнется инфекции, которую можно предотвратить с помощью вакцинации, от него могут потребовать в течение 21 дня не посещать школу и другие занятия.

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 этом месяце и году: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

(лечащего врача, представителя государственной клиники или родителя/опекуна)