

Уведомление об исключении доступа в случае ненадлежащей вакцинации

Дата: _____

Уважаемый родитель/опекун: _____

Недавний обзор отчетов о вакцинации показывает, что Ваш ребенок не вакцинирован надлежащим образом согласно требованиям Юридического регламента 53G-9-301 штата Юта. Вашему ребенку присвоен статус условной регистрации. У вас есть 30 дней, чтобы принести справку о вакцинации, форму исключения или подтверждение наличия иммунитета к возбудителю заболевания. Пройдите назначенню иммунизацию и предоставьте нам справку в течение 30 дней, либо Ваш ребенок не будет допущен в школу со следующей даты: _____.

В БОКСАХ, ОТМЕЧЕННЫХ НИЖЕ, УКАЗАНЫ ДОЗЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ВЫДАЧИ СПРАВКИ ЖДЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА.

Вакцина	Необходимая доза (обведите номер дозы)	Причина (см. коды справа)
DTaP/DT/Td*	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ревакцинация КДС*	<input type="checkbox"/> 1	
Полиомиелит	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
MMR (вакцина против кори, краснухи, эпидемического паротита)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Гепатит В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Гемофилический грипп типа b (Hib)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Ветряная оспа (ветрянка)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Гепатит А	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Пневмококковая инфекция (PCV)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Менингококковая инфекция	<input type="checkbox"/> 1	

A. Даты или дозы отсутствуют или указаны не полностью

B. Предыдущая(-ие) доза(-ы) была/были введены через слишком короткие промежутки времени.

C. Предыдущая(-ие) доза(-ы) была/были введены в слишком раннем возрасте.

*D = дифтерия

*T = столбняк

*P = коклюш

Закон штата требует, чтобы дети были надлежащим образом вакцинированы, чтобы они могли посещать школу или дошкольное учреждение в штате Юта. Если у Вас есть вопросы или Вам требуется дополнительная информация, позвоните _____.

(номер телефона школы)