



Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? Yes No

Заполнять печатными буквами. Инструкции по заполнению и печати формы с помощью системы Washington State Immunization Information System (IIS, Информационная система по иммунизации штата Вашингтон) приведены на обратной стороне листа.

Фамилия ребенка: _____ **Имя:** _____ **Второй инициал:** _____ **Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)** _____

Я разрешаю школе / дошкольному учреждению, которые посещает мой ребенок, вводить данные об иммунизации в систему Immunization Information System для ведения истории развития ребенка.

Только для лиц с условным допуском. Я понимаю, что моему ребенку предоставлен условный допуск к посещению школы или дошкольного учреждения. Чтобы ребенок мог и дальше посещать школу, мне нужно в установленный срок предоставлять необходимые документы об иммунизации. См. руководство для лиц с условным допуском на обратной стороне листа.

X _____
Подпись родителя/опекуна _____ **Дата** _____

X _____
Подпись родителя/опекуна необходима, если ребенок изначально допущен условно _____ **Дата** _____

<input type="checkbox"/> Требуется для школы	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	Д/ММ/ГГ
<input type="checkbox"/> Требуется для дошкольного учреждения						

Обязательные вакцины для зачисления в школу или дошкольное учреждение

<input type="checkbox"/> DTaP (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш)						
<input type="checkbox"/> Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 класс и старше)						
<input type="checkbox"/> DT или Td (АДС-М — столбняк, дифтерия)						
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Гепатит В)						
<input type="checkbox"/> Hib (Hib-вакцина — гемофильная инфекция типа b)						
<input type="checkbox"/> IPV (ИПВ — полиомиелит) (любое сочетание IPV/OPV)						
<input type="checkbox"/> OPV (ОПВ — полиомиелит)						
<input type="checkbox"/> MMR (КПК — корь, паротит, краснуха)						
<input type="checkbox"/> PCV/PPSV (пневмококковая конъюгированная вакцина / пневмококковая полисахаридная вакцина — пневмококковая инфекция)						
<input type="checkbox"/> Varicella—Ветряная оспа (ветрянка) <input type="checkbox"/> История болезни, проверенная в системе IIS						

Рекомендованные вакцины (необязательные для допуска к посещению школы или дошкольного учреждения)

COVID-19						
Flu (Грипп)						
Hepatitis A (Гепатит А)						
HPV (ВПЧ — вирус папилломы человека)						
MCV/MPSV (менингококковая конъюгированная вакцина / менингококковая полисахаридная вакцина — менингококковая инфекция типа A,C,W,Y)						
MenB (менингококковая инфекция типа В)						
Rotavirus (Ротавирус)						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:
 A verified history of varicella (chickenpox) disease.
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____

Printed Name _____

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Инструкции по заполнению свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS, Свидетельство о состоянии иммунизации). Распечатайте форму из системы Immunization Information System (IIS) или заполните ее вручную.

Чтобы распечатать форму с уже заполненной информацией об иммунизации:

Узнайте, вводит ли ваше медицинское учреждение информацию об иммунизации в систему WA Immunization Information System (единый реестр штата Вашингтон). Если так, попросите распечатать свидетельство CIS из системы IIS, и данные об иммунизации вашего ребенка будут заполнены автоматически. Вы также можете распечатать свидетельство CIS дома, зарегистрировавшись в системе MyIR и войдя в нее на странице <https://wa.myir.net>. Если ваше медицинское учреждение не использует систему IIS, обратитесь по электронной почте или телефону в Department of Health (Управление здравоохранения), чтобы получить копию свидетельства CIS своего ребенка: waiisrecords@doh.wa.gov или 1-866-397-0337.

Чтобы заполнить форму вручную:

1. Напишите печатными буквами имя и дату рождения своего ребенка и поставьте подпись в указанном месте на странице 1.
2. Укажите дату введения каждой вакцины в столбце «Дата» (в формате ДД/ММ/ГГ). Если ребенку введена комбинированная вакцина (один укол, защищающий от нескольких заболеваний), следуйте указаниям приведенного ниже справочного руководства, чтобы правильно записать данные для каждой вакцины. Например, препарат Pediarix следует указать для дифтерии, столбняка и коклюша как «DTaP», вакцину от гепатита В как «Hep B», а от полиомиелита — как «IPV».
3. Если ребенок перенес ветрянку (ветряную оспу), но не был привит, для соответствия требованиям школы врач должен проверить информацию о его заболевании.
 - Если врач может удостовериться, что ребенок перенес ветрянку, попросите его поставить соответствующую галочку в разделе Documentation of Disease Immunity (Документация об иммунитете к заболеваниям) и подписать форму.
 - Если работники школы увидят в системе IIS подтверждение того, что ребенок перенес ветрянку, они поставят галочку напротив ветряной оспы в разделе вакцинации.
4. Положительный результат анализа крови (титр) на антитела у ребенка свидетельствует о наличии у него иммунитета к заболеванию. В этом случае врач должен поставить галочки напротив соответствующих заболеваний в разделе Documentation of Disease Immunity и подписать форму, указав дату. К этому свидетельству CIS необходимо приложить результаты лабораторных анализов.
5. Предоставьте подтверждение записей, заверенных медицинским учреждением, в соответствии с приведенными ниже руководствами.

Приемлемые медицинские записи

Все записи о вакцинации должны быть заверены медицинским учреждением. Например:

- Форма свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS), распечатанная из системы Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR или системы IIS другого штата с указанием дат вакцинации.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS, удостоверенная подписью врача.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS и приложенная форма с записями о вакцинации из электронной медицинской карты в системе медицинского учреждения, удостоверенные подписью или печатью врача. Директор школы, медсестра или другое уполномоченное лицо должны проверить правильность указания дат в свидетельстве CIS и подписать форму.

Условный допуск

Дети могут быть условно допущены к посещению школы или дошкольного учреждения и пребыванию в них, даже если они не получили все обязательные для этого вакцины. (Между введением доз вакцин в курсе вакцинации существует минимальный интервал, поэтому для завершения соответствующего курса ребенку требуется определенное время. Это значит, что дети могут посещать школу или дошкольное учреждение во время ожидания следующей дозы вакцины.) Для получения условного допуска для ребенка должен быть составлен график вакцинации с учетом всех полагающихся доз вакцин перед началом посещения школы или дошкольного учреждения.

Ученики с условным допуском могут посещать школу в течение минимально допустимого периода ожидания следующей вакцинации и еще 30 дней, отведенных на предоставление документов, подтверждающих ее проведение. Если ученику требуется завершить несколько курсов вакцинации, условный допуск будет продлеваться схожим образом, пока все обязательные вакцины не будут введены.

Если по истечении 30-дневного периода условного допуска документы не будут предоставлены в школу или дошкольное учреждение, ученику будет запрещено их дальнейшее посещение согласно положению RCW 28A.210.120 (раздел 28A.210.120 Свода законов штата Вашингтон с поправками). К приемлемой документации относятся доказательства наличия иммунитета к соответствующему заболеванию, медицинские записи о вакцинации или заполненная форма свидетельства Certificate of Exemption (COE, Свидетельство об освобождении).

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		