

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

د واکسیناسیون د وضعیت تصدیق (CIS)



مهرباني وکړئ پرېنت/چاپ بې کړئ. د دې فورمې دکولو یا د واشنگتن ایالت د واکسینو معلوماتو سیستم څخه د چاپ کولو څرنګوالي په اړه د لارښوونو لپاره بیرته وګورئ.

د ماشوم وروستی نوم:	لومړی نوم:	منځنی اولنی:
د زیږېدو نېټه (میاشت او رځ اکال):		
<p>د زه د خپل ماشوم ښوونځي/ماشوم پاملرنې ته اجازه ورکوم چې د واکسینو معلوماتو سیستم کې د واکسینو معلومات اضافه کړي ترڅو ښوونځي سره زما د ماشوم ثبت ساتلو کې مرسته وکړي.</p> <p>یوازې شرطې وضعیت: زه دا تصدیقوم چې زما ماشوم په مشروط حالت کې ښوونځي/د ماشوم پاملرنې ته ننوځي. د دې لپاره چې زما ماشوم په ښوونځي کې پاتې شي، زه باید د ټاکل شوي نېټې سره سم د واکسین کولو اړین اسناد چمتو کړم. د مشروط وضعیت په اړه لارښوونې بیرته وګورئ.</p>		
X	X	X
د والدینو/سرپرست لاسلیک	د والدینو/سرپرست لاسلیک	د والدینو/سرپرست لاسلیک

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

د ښوونځي لپاره اړین دی • د ماشوم پاملرنې/مخکني ښوونځي ته اړتیا ده						
د ښوونځي یا مشوم پاملرنې ته د ننوتو لپاره اړین واکسین						
						▲ (DTaP) ډېفټیریا، ټیتانوس، توره توخلي
						▲ (Tdap) ټیتانوس، ډېفټیریا، توره توخلي (ټولګی +7)
						▲ (Td یا DT) ټیتانوس، ډېفټیریا
						▲ (Hepatitis B) هپاتایټ B
						● (Hib) هیموفلایي انفلونزا ډول b
						▲ (IPV) (پولیو) د IPV د پولیو د بېچکاری له لارې واکسین/د پولیو د خولې له لارې واکسین OPV هر ترکیب)
						▲ (OPV) یا د پولیو د (پولیو خولې له لارې واکسین)
						▲ (MMR) شري یا سرخکان، ممپس، روبیلا
						● د نیوموکول پولیساکرایډ واکسین PPSV\ د نیوموکول مزدوج واکسین PCV (نیموکول)
						▲ (Varicella) چیچک (شري یا سرخکان) <input type="checkbox"/> د هغې ناروغی تاریخ د IIS لخوا تایید شوی
وراندیز شوي واکسین (د ښوونځي یا مشوم پاملرنې ته د ننوتو لپاره اړین نه دي)						
						COVID-19
						(Flu) زکام (انفلونزا)
						(Hepatitis A) هپاتایټس A
						(HPV) انساني بیپلوما ویروس
						(MCV/MPSV) مینینګ کوکل ناروغي A، C، W، Y ډولونه
						(MenB) مینینګ کوکل B (مینینګ کوکل B ډول ناروغي)
						(Rotavirus) روټا ویروس

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. I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

د (CIS) Certificate of Immunization Status، د واکسینو د وضعیت تصدیق (CIS) لارښوونې: د (IIS) Immunization Information System، د واکسینو د معلوماتو سیستم) په وسیله یې پرېنت کړی یا یې په لاس سره ډک کړی.

د واکسینو ډک شویو معلوماتو سره چاېولو لپاره:

پوښتنه وکړئ چې ایا ستاسو د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي دفتر واکسین WA Immunization Information System ته داخلي (د واکسین د ایالت په کچه راجسټري یا نوملیکنې). که دوی وکړي، له هغوی څخه وغواړئ چې د CIS څخه IIS چاپ کړي او ستاسو د ماشوم د واکسینو معلومات به په اوتومات ډول ډک شي. تاسو یې په کور کې د CIS په <https://wa.myir.net> کې د لاسلیک کولو او ننوتلو له لارې یو MyIR چاپولی شئ. که چمتو کوونکی IIS، نه کاروي، برېښنالیک واستوی یا Department of Health (د روغتیا اداره DOH) ته زنگ ووهئ څو ستاسو د ماشوم CIS کاپي تر لاسه کړئ: waisrecords@doh.wa.gov یا 1-866-397-0337.

د لاس په وسیله د فورمې ډکولو لپاره:

- 1 د خپل ماشوم نوم او د زېږون نېټه چاپ کړئ، او خپل نوم چې په لومړۍ پاڼه کې ښودل شوی، لاسلیک کړئ.
- 2 د هر واکسین د تر لاسه کولو نېټه د نېټې په قطارونو کې ولیکن (د مېشات/ورځ/کال په توګه). که ستاسو ماشوم یو ترکیبي واکسین تر لاسه کړي (یو تزریق چې د ډیری ناروغیو پر وړاندې محافظت کوي)، د هر واکسین په سمه توګه ثبتولو لپاره لاندې لارښود لارښود وکاروئ. د مثال په توګه، د ډیپټیریا، ټیتانوس، توره توخلي د DTaP په توګه، هېپاټیټ B د Hep B په توګه، او پولیو د IPV په توګه داسې د پېښارکس له مخې ثبت کړئ.
- 3 که ستاسو ماشوم د شري یا سرخکان (چېچک) درلوده او واکسین نه وي، د روغتیا پاملرنې چمتو کوونکی باید د ښوونځي اړتیاوې پوره کولو لپاره د شري یا سرخکان تصدیق کړي.
 - که ستاسو د روغتیا پاملرنې چمتو کوونکي دا تایید کړي چې ستاسو ماشوم شري یا سرخکان درلود، له خپل چمتو کونکي څخه وغواړئ چې د ناروغیو معافېدنې سند کې بکس چیک کړي او فورمه لاسلیک کړي.
 - که چېرې د ښوونځي کارکوونکي IIS ته لاس رسې ولري او تصدیق وګوري چې ستاسو ماشوم د چکېن بکس درلود، نو دوی به د واکسین په برخه کې د ویروسېلا لاندې بکس ا وګوري.
- 4 که ستاسو ماشوم د وینې معاینې (ټیټر) له لارې مثبت معافیت وښيي، ستاسو د روغتیا پاملرنې له چمتو کونکي څخه وغواړئ چې د ناروغیو معافېدنې سند کې د مناسبې ناروغی لپاره بکسونه چیک کړي، او فورمه لاسلیک او نېټه کړي. تاسو باید د دې CIS سره د لابر اتوار راپورونه چمتو کړئ.
- 5 د لاندې لارښوونو په تعقیب، د طبي پلوه تایید شوي ثبتونو ثبوت وړاندې کړئ.

د منلو وړ طبي ثبتونه

د واکسین ټول ثبتونه باید په طبي ډول تایید شي. مثالونو کې شتون برې:

- یو (CIS) Certificate of Immunization Status، د واکسینو د وضعیت تصدیق) فورمه د واکسینو چاپ شوي نېټې څخه (IIS) State Immunization Information System، د ایالت د واکسینو معلوماتو سیستم، MyIR یا د ایالت بل IIS.
- یوه بشپړه هارډ کاپي CIS د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي تصدیق لاسلیک سره.
- یوه بشپړه هارډ کاپي CIS د واکسینولو له ضمیمه شوو ثبتونو سره چې د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي د برېښنالیک روغتیا ثبت څخه د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي لاسلیک یا ټاپه سره چاپ شوي. د ښوونځي مدیر، نرس، یا اړوند کس باید د CIS نېټې په سمه توګه تایید کړي او په فورمه کې لاسلیک چمتو کړي.

مشروط وضعیت

ماشومان په مشروط وضعیت کې ښوونځي یا د ماشوم پاملرنې ته ننوتی شي او پاتې کېدلی شي که دوی ښوونځي یا د ماشوم پاملرنې ننوتلو لپاره اړین واکسینونه تر لاسه کړي. (د واکسینو د لړۍ دوزونه په کوچنیو وقفو کې ویشل شوي، نو ځینې ماشومان ښايي د واکسین پای ته رسېدو مخکې یو څه وخت انتظار وکړي. دا پدې معنا ده چې دوی ښايي ښوونځي ته ننوځي کله چې د دوی راتلونکي اړین واکسینو دوز ته انتظار کوي). په مشروط حالت کې ښوونځي یا د ماشوم پاملرنې ته د ننوتلو لپاره، ماشوم باید د واکسین ټول دوزونه ولري چې دوی یې د ښوونځي یا ماشوم پاملرنې پیلولو څخه مخکې د تر لاسه کولو وړ دي.

په مشروط حالت کې زده کوونکي ښايي په ښوونځي کې پاتې شي پداسې حال کې چې د راتلونکي واکسین دوز لږترلږه معتبرې نېټې او د واکسین کولو اسنادو ته د رسېدو لپاره نور 30 ورځې وخت ته انتظار باسي. که یو زده کوونکی څو واکسینونه اخلي، مشروط حالت په ورته ډول دوام لري تر هغه چې ټول اړین واکسینونه بشپړ شوي نه وي.

که چېرې د 30 ورځو مشروطه موده پای ته ورسېږي او اسناد ښوونځي یا د ماشوم پاملرنې ته نه وي ورکړل شوي، نو زده کوونکی باید د RCW 28A.210.120 له مخې، د نورو حاضرې څخه لیرې شي. په باوري اسنادو کې د پوښتنې لاندې ناروغی ته د معافیت شواهد، طبي ثبتونه چې واکسین ښيي، یا د (د معافېدنې تصدیق، (COE) certificate of exemption)) بشپړه فورمه شامله ده.

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		