



Certificado do Status de Imunização

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

Imprima este formulário. Veja no verso as instruções sobre como preencher este formulário ou imprimi-lo pelo Immunization Information System (Sistema de Informações sobre Imunização) do Estado de Washington.

Sobrenome do filho:	Nome:	Inicial do nome do meio:	Data de nascimento (DD/MM/AAAA):
Autorizo a escola/creche do meu filho a adicionar informações de imunização no Immunization Information System para ajudar a escola a manter um registro do meu filho.		Apenas para estado condicional: reconheço que o meu filho está entrando na escola/creche em estado condicional. Para que o meu filho permaneça na escola, devo fornecer a documentação necessária de imunização nos prazos estabelecidos. Consulte o verso para orientações sobre estado condicional.	
X _____ Assinatura do pai/responsável Data		X _____ A assinatura do pai/responsável é obrigatória no estado condicional Data	

<input type="checkbox"/> Obrigatório para escolas • <input type="checkbox"/> Obrigatório para creche/pré-escola	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
Vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches						
•▲ DTaP (difteria, tétano, coqueluche)						
▲ Tdap (tétano, difteria, coqueluche) (a partir da 7ª série)						
•▲ DT ou Td (tétano e difteria)						
•▲ Hepatite B						
• Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
•▲ IPV (Poliomielite) (qualquer combinação de IPV/OPV)						
•▲ OPV (Poliomielite)						
•▲ MMR (sarampo, caxumba, rubéola)						
• PCV/PPSV (pneumocócica)						
•▲ Varicela (catapora) <input type="checkbox"/> Histórico de doenças verificadas pelo Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização)						
Vacinas recomendadas (não são obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches)						
COVID-19						
Gripe (Influenza)						
Hepatite A						
HPV (Vírus do Papiloma Humano)						
MCV/MPSV (doença meningocócica tipos A, C, W, Y)						
MenB (doença meningocócica tipo B)						
Rotavirus						

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.
---	---

Instruções para preencher o Certificate of Immunization Status (CIS, Certificado do Status de Imunização): Imprima o formulário do Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações de Imunização) ou preencha à mão.

Para imprimir com as informações de imunização preenchidas:

Verifique se o seu provedor de assistência médica insere as imunizações no Immunization Information System de Washington (registro estadual de Washington). Em caso afirmativo, peça para que imprimam o CIS do IIS, e as informações de imunização do seu filho serão preenchidas automaticamente. Você também pode imprimir um CIS em casa ao se inscrever e fazer login no MyIR no site <https://wa.myir.net>. Se o seu provedor não utilizar o IIS, envie um e-mail ou ligue para o Department of Health (Departamento de Saúde) para obter uma cópia do CIS do seu filho: waiisrecords@doh.wa.gov ou 1-866-397-0337.

Para preencher o formulário à mão:

1. Imprima o nome e a data de nascimento do seu filho e assine o seu nome no espaço indicado na primeira página.
2. Indique a data de cada dose de vacina recebida nas colunas de datas (por exemplo, DD/MM/AA). Se o seu filho receber uma vacina combinada (uma dose que protege contra várias doenças), use as Orientações de Referência abaixo para registrar cada vacina corretamente. Por exemplo, registre Pediarix para difteria, tétano e coqueluche como DTaP, Hepatite B como Hep B e Poliomielite como IPV.
3. Se o seu filho teve catapora (varicela) e não tomou a vacina, um provedor de assistência médica deve verificar a infecção para atender aos requisitos da escola.
 - Se o seu provedor de assistência médica identificar que o seu filho teve catapora, peça a ele para assinalar a caixa na seção Documentation of Disease Immunity (Documentação de Imunidade da Doença) e assinar o formulário.
 - Se os funcionários da escola acessarem o IIS e verificarem que seu filho já teve catapora, eles assinalarão a caixa relacionada à Varicela na seção de vacinas..
4. Se o seu filho mostrar imunidade positiva por meio de exame de sangue (título), peça ao seu provedor de assistência médica para assinalar as caixas das respectivas doenças na seção Documentation of Disease Immunity, assinar e colocar a data do dia no formulário. Você deve fornecer os relatórios de laboratório com este CIS.
5. Forneça os comprovantes dos registros verificados por um médico, seguindo as diretrizes abaixo.

Registros médicos aceitáveis

Todos os registros de vacinação devem ser verificados por um médico. Exemplos incluem:

- Um formulário impresso do Certificate of Immunization Status (CIS, Comprovante de Status de Imunização) com as datas de vacinação do State Immunization Information System (IIS, Sistema de Informações sobre Imunização) do Estado de Washington, do MyIR ou IIS de outro estado.
- Um CIS impresso preenchido com a assinatura de validação de um provedor de assistência médica.
- Um CIS impresso preenchido com os registros de vacinação anexados, impressos a partir do registro de saúde eletrônico de um provedor de assistência médica, com a assinatura ou o carimbo do provedor de assistência médica. O administrador da escola, enfermeiro ou pessoa designada deve verificar se as datas no CIS foram transcritas com precisão e fornecer uma assinatura no formulário.

Estado condicional

As crianças podem entrar e permanecer na escola ou na creche em estado condicional se estiverem atualizando as vacinas obrigatórias para o ingresso em escolas ou creches. (As doses das séries de vacinas são realizadas com intervalos mínimos, então, algumas crianças podem ter que esperar um período para conseguir terminar a vacinação. Isso significa que elas podem ingressar na escola enquanto aguardam a próxima dose necessária da vacina). Para ingressar na escola ou creche em estado condicional, uma criança deve ter tomado todas as doses de vacina as quais é elegível antes de começar a frequentar a escola ou creche.

Os alunos em estado condicional podem permanecer na escola enquanto aguardam a data mínima válida da próxima dose de vacina e têm mais 30 dias para entregar a documentação da vacinação. Se um aluno estiver atualizando várias vacinas, o estado condicional continuará de forma semelhante até que as séries de todas as vacinas obrigatórias estejam completas.

Se o período condicional de 30 dias expirar e a documentação não tiver sido entregue à escola ou creche, o aluno não terá mais o direito de frequentar a escola ou creche, de acordo com o RCW 28A.210.120. A documentação válida inclui comprovante de imunidade da doença em questão, registros médicos que mostrem a vacinação ou um certificate of exemption (COE, certificado de isenção) preenchido.

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		

Caso você tenha alguma deficiência e precise deste documento em outro formato, ligue para 1-800-525-0127. (Usuários com deficiência de fala ou audição, ligar para 711).