

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

شهادة حالة التحصين (CIS)



يُرجى طباعة هذا النموذج. انظر الجزء الخلفي للحصول على تعليمات بشأن كيفية تعبئة هذا النموذج أو طباعته من نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن.

الاسم الأخير للطفل:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):		
<p>أعطي الإذن للمدرسة/منشأة رعاية الطفل التي يدرس فيها طفلي لإضافة معلومات التحصين إلى نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن لمساعدة المدرسة في الحفاظ على تحديث السجل الخاص بطفلي.</p> <p>الوضع المشروط فقط: أقر بأن طفلي يحضر في المدرسة/منشأة رعاية الطفل حسب الوضع المشروط الممنوح له. ولكي يستمر طفلي في الحضور في المدرسة، فإنه يجب عليّ تقديم وثائق التحصين اللازمة في المواعيد النهائية المحددة. انظر الجزء الخلفي للحصول على مزيد من الإرشادات المتعلقة بالوضع المشروط.</p>		
X	X	X
توقيع ولي الأمر/الوصي	توقيع ولي الأمر/الوصي	توقيع ولي الأمر/الوصي
التاريخ	التاريخ	التاريخ

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

شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة	شهر/يوم/سنة
اللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة أو منشأة رعاية الطفل							
							▲ مطلوب لدخول المدرسة ● مطلوب لدخول برنامج رعاية الطفل/مرحلة ما قبل المدرسة
							▲ DTaP (الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي)
							▲ Tdap (التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي) (الصف السابع فما فوق)
							▲ DT أو Td (التيتانوس والدفتيريا)
							▲ التهاب الكبد B
							● Hib (النزلة النزفية من النوع b)
							▲ IPV (شلل الأطفال) (أي مزيج من IPV/OPV)
							▲ OPV (شلل الأطفال)
							▲ MMR (الحصبة، والتكاف، والحصبة الألمانية)
							● PCV/PPSV (المكورات الرئوية)
							▲ الحمق (جدي الماء) <input type="checkbox"/> تم التحقق من التاريخ المرضي بواسطة نظام معلومات التحصين (IIS)
اللقاحات الموصى بها (غير مطلوبة لدخول المدرسة أو منشأة رعاية الطفل)							
							كوفيد-19
							الإنفلونزا (النزلة الوافدة)
							التهاب الكبد من النوع A
							HPV (فيروس الورم الحليمي البشري)
							MCV/MPSV (مرض المكورات السحائية: الأنواع A و C و W و Y)
							MenB (مرض المكورات السحائية من النوع B)
							فيروس الروتا

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

التعليمات الخاصة بإكمال Certificate of Immunization Status (CIS): قم بطباعة نموذج Immunization Information System (IIS) أو تعبئته يدويًا.

الطباعة مع تعبئة معلومات التحصين:

أسأل عما إذا كان مكتب مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك يقوم بإدخال التحصينات إلى Immunization Information System (نظام معلومات التحصين) في ولاية واشنطن (السجل الرسمي على مستوى ولاية واشنطن) أم لا. إذا كان يفعل ذلك، فاطلب منه أن يطبع Certificate of Immunization Status (CIS)، شهادة حالة التحصين) من IIS وستتم تعبئة معلومات التحصين الخاصة بطفلك تلقائيًا. يمكنك أيضًا طباعة CIS في المنزل من خلال الاشتراك في MyIR على الموقع الإلكتروني <https://wa.myir.net> وتسجيل الدخول إليه. إذا كان مقدم الخدمة لا يستخدم IIS، فقم بإرسال بريد إلكتروني إلى Department of Health (وزارة الصحة) أو اتصل بها للحصول على نسخة من CIS الخاصة بطفلك: waisrecords@doh.wa.gov أو 1-866-397-0337.

تعبئة النموذج يوميًا:

1. اكتب اسم طفلك وتاريخ ميلاده بخط واضح، وقم بالتوقيع باسمك في المكان المشار إليه في الصفحة الأولى.
2. اكتب التاريخ الخاص بكل جرعة لقاح تم الحصول عليها في أعمدة التاريخ (بالتنسيق شهر/يوم/سنة). في حالة حصول طفلك على لقاح مركب (حقنة واحدة تحمي من عدة أمراض)، استخدم الأدلة المرجعية أدناه لتسجيل كل لقاح بشكل صحيح. على سبيل المثال، قم بتسجيل Pediarix (اللقاح الخماسي) ضمن الديفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي باعتبارها DTaP، والتهاب الكبد من النوع B باعتباره Hep B، وشلل الأطفال باعتباره IPV.
3. إذا كان طفلك قد أصيب بمرض جذري الماء (الحُمق) ولم يحصل على اللقاح، فإن مقدم خدمة الرعاية الصحية يجب أن يتحقق من الإصابة بمرض جذري الماء لاستيفاء متطلبات المدرسة.
 - إذا تمكن مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك من التحقق من إصابة طفلك بجذري الماء، فاطلب من مقدم الخدمة تحديد المربع في الوثيقة ضمن قسم "المناعة من المرض" والتوقيع على النموذج.
 - إذا دخل أحد الموظفين التابعين للمدرسة إلى IIS وشاهد التحقق بأن طفلك قد أصيب بجذري الماء، فإنه سيقوم بتحديد المربع ضمن الحُمق في قسم اللقاحات.
4. إذا تمكن طفلك من إظهار مناعة إيجابية من خلال اختبار الدم (العيار)، فاجعل مقدم خدمة الرعاية الصحية المعني بك يُحدِّد المربعات الخاصة بالمرض المناسب في الوثيقة ضمن قسم "المناعة من المرض"، والتوقيع على النموذج وتاريخه. يجب أن تُقدِّم تقارير المختبر مع CIS هذه.
5. تقديم إثبات من السجلات الطبية التي تم التحقق منها، يتبع التوجيهات الواردة أدناه.

السجلات الطبية المقبولة

يجب أن يتم التحقق طبيًا من جميع سجلات التطعيم. تتضمن الأمثلة ما يلي:

- نموذج Certificate of Immunization Status (CIS) مطبوع يضم تواريخ اللقاحات من Immunization Information System (IIS) الخاص بولاية واشنطن، أو MyIR، أو IIS الخاص بولاية أخرى.
- نسخة ورقية مكتملة من CIS تضم توقيع التحقق الخاص بمقدم خدمة الرعاية الصحية.
- نسخة ورقية مكتملة من CIS مرفق بها سجلات التطعيم مطبوعة من السجل الصحي الإلكتروني لدى أحد مقدمي خدمة الرعاية الصحية مع توقيع مقدم خدمة الرعاية الصحية أو الختم الخاص به عليها. يجب على المسؤول الإداري، أو الممرضة، أو الفرد المُكلف لدى المدرسة التحقق من أن التواريخ الموجودة على CIS قد تم تدوينها بشكل صحيح وأن يُوقع على النموذج.

الوضع المشروط

يمكن أن يدخل الأطفال إلى المدرسة أو دور رعاية الأطفال ويظلون فيها في الوضع المشروط، إذا كانوا يحاولون الانتهاء من اللقاحات المطلوبة لدخول المدرسة أو منشأة رعاية الطفل. (يتم توزيع جرعات سلسلة اللقاحات بين حد أدنى للفترات الزمنية؛ لذا فإن بعض الأطفال ربما يحتاجون إلى الانتظار فترة زمنية قبل الانتهاء من اللقاحات الخاصة بهم. وهذا يعني أنه يمكنهم الدخول إلى المدرسة أثناء انتظار الحصول على جرعة اللقاح المطلوبة التالية). للدخول إلى المدرسة أو دور رعاية الطفل في الوضع المشروط، يجب على الطفل الحصول على جميع جرعات اللقاح التي يكون مؤهلًا للحصول عليها قبل بدء الدراسة أو الذهاب إلى دار رعاية الأطفال.

يجوز أن يبقى الطلاب في الوضع المشروط في المدرسة أثناء انتظارهم للحد الأدنى للتاريخ الصالح الخاص بجرعة اللقاح التالية بالإضافة إلى فترة تبلغ 30 يومًا أخرى لتقديم وثيقة تثبت الحصول على اللقاح. إذا كان الطالب يحاول الانتهاء من عدة لقاحات، فإن الوضع المشروط يستمر بطريقة مشابهة حتى يتم الانتهاء من جميع اللقاحات المطلوبة.

وفي حالة انتهاء الفترة المشروطة التي تبلغ 30 يومًا ولم يتم تقديم الوثيقة إلى المدرسة أو دار رعاية الأطفال، فإنه يجب أن يتم استبعاد الطالب من الحضور بعد ذلك، بموجب Revised Code of Washington (RCW)، قانون واشنطن المُنقَّح) 28A.210.120. تتضمن الوثائق الصالحة دليلاً على المناعة من المرض المشار إليه، أو سجلات طبية تثبت الحصول على اللقاح، أو نموذج certificate of exemption (COE، شهادة إعفاء) مكتمل.

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		