



ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (CIS)

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

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਲਈ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇਖੋ ਜਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਇਮਿਊਨਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਇੰਫੋਰਮੇਸ਼ਨ ਸਿਸਟਮ (Washington State Immunization Information System) ਤੋਂ ਇਸਦਾ ਪ੍ਰਿੰਟ ਲਓ।

ਬੱਚੇ ਦਾ ਅੰਤਿਮ ਨਾਮ:	ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ:	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ):
ਮੈਂ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਕੂਲ/ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਸਕੂਲ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਸਟਮ ਵਿੱਚ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।		ਕੇਵਲ ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ: ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਬੱਚਾ ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸਕੂਲ/ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਲਈ, ਮੈਨੂੰ ਸਥਾਪਿਤ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾਵਾਂ ਤੱਕ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ। ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਲਈ ਪਿੱਛੇ ਦੇਖੋ।	
X ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ		X ਜੇ ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ	

▲ ਸਕੂਲ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ • ਜ਼ਰੂਰੀ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ/ਪ੍ਰੀਸਕੂਲ	ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ	ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ	ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ	ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ	ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ	ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ
ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਐਂਟਰੀ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਟੀਕੇ						
•▲ DTaP (ਡਿਪਥੀਰੀਆ, ਟੈਟਨਸ, ਪੇਰਟੂਸਿਸ)						
▲ Tdap (ਟੈਟਨਸ, ਡਿਪਥੀਰੀਆ, ਪੇਰਟੂਸਿਸ) (ਗ੍ਰੇਡ 7+)						
•▲ DT ਜਾਂ Td (ਟੈਟਨਸ, ਡਿਪਥੀਰੀਆ)						
•▲ Hepatitis B ਹੋਪਾਟਾਇਟਿਸ B						
• Hib (ਹੇਮੋਫੀਲਸ ਇਨਫਲੂਏਂਜ਼ੇਈ ਟਾਈਪ b)						
•▲ IPV (ਪੋਲੀਓ) (IPV/OPV ਦਾ ਕੋਈ ਸੁਮੇਲ)						
•▲ OPV (ਪੋਲੀਓ)						
•▲ MMR (ਖਸਰਾ, ਗਲ ਗੰਢ, ਰੁਬੈਲਾ)						
• PCV/PPSV (ਨਿਊਮੋਕੋਕਲ)						
•▲ Varicella ਵੇਰੀਸੇਲਾ (ਚਿਕਨਪੌਕਸ) <input type="checkbox"/> IIS ਦੁਆਰਾ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੇ ਰੋਗ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ						
ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਕੀਤੇ ਟੀਕੇ (ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਐਂਟਰੀ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ)						
COVID-19 (
Flu ਫਲੂ (ਇਨਫਲੂਏਂਜ਼ਾ)						
Hepatitis A (ਹੋਪਾਟਾਇਟਿਸ A)						
HPV (ਰਿਊਮੈਨ ਪੈਪਿਲੋਮਾਵਾਇਰਸ)						
MCV/MPSV (ਮੈਨਿੰਗੋਕੋਕਲ ਰੋਗ ਟਾਈਪ A, C, W, Y)						
MenB (ਮੈਨਿੰਗੋਕੋਕਲ ਰੋਗ ਟਾਈਪ B)						
Rotavirus (ਰੋਟਾਵਾਇਰਸ)						

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.

ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਆੱਫ਼ ਇਮਿਊਨਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਸਟੇਟਸ (CIS) ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ: ਟੀਕਾਕਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਸਟਮ (IIS) ਤੋਂ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਹੱਥ ਨਾਲ ਭਰੋ।

ਭਰੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰਨ ਲਈ:

ਪੁੱਛੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਦਫ਼ਤਰ WA ਟੀਕਾਕਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਸਟਮ (ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦੀ ਰਾਜ ਪੱਧਰੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੀ) ਵਿੱਚ ਟੀਕਾਕਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਰਜ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਉਹ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ IIS ਤੋਂ CIS ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਭਰੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ <https://wa.myir.net> 'ਤੇ MyIR ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਅੱਪ ਅਤੇ ਲਾਗਿਨ ਕਰਕੇ ਘਰ ਬੈਠੇ ਵੀ CIS ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ IIS ਨਹੀਂ ਵਰਤਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ CIS ਦੀ ਕਾਪੀ ਲੈਣ ਲਈ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਈਮੇਲ ਜਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ: waisrecords@doh.wa.gov ਜਾਂ 1-866-397-0337.

ਹੱਥ ਨਾਲ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ:

- ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਪਹਿਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਜਿੱਥੇ ਕਿਹਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ।
- ਤਾਰੀਖ ਕਾਲਮਾਂ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹਰ ਟੀਕੇ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਟੀਕੇ ਦਾ ਸਮੂਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਇੱਕ ਸ਼ਾੱਟ ਜੇ ਕਈ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਵਿਰੁੱਧ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ), ਤਾਂ ਹਰੇਕ ਟੀਕੇ ਦਾ ਸਹੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਰੱਖਣ ਲਈ ਰੈਫਰੈਂਸ ਗਾਈਡ ਵਰਤੋ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਡਿਪਥੀਰੀਆ ਦੇ ਅਧੀਨ ਪੀਡੀਆਰਿਕਸ, ਟੈਟਨਸ, DTaP ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੇਰਟੂਸਿਸ, Hep B ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੈਪਾਟਾਇਟਿਸ B, ਅਤੇ IPV ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੇਲੀਓ ਨੂੰ ਰਿਕਾਰਡ ਕਰੋ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਚਿਕਨਪੌਕਸ (ਵੈਰੀਸੇਲਾ) ਦਾ ਰੋਗ ਸੀ ਅਤੇ ਟੀਕਾ ਨਹੀਂ ਲਗਵਾਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਨ ਲਈ ਚਿਕਨਪੌਕਸ ਰੋਗ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।
 - ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਚਿਕਨਪੌਕਸ ਸੀ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਰੋਗ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਰੱਖਿਅਣ ਸੈਕਸ਼ਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉਣ ਅਤੇ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰੋ।
 - ਜੇ ਸਕੂਲ ਦਾ ਸਟਾਫ਼ IIS ਵਰਤਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਚਿਕਨਪੌਕਸ ਸੀ, ਤਾਂ ਉਹ ਟੀਕਾ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਵੈਰੀਸੇਲਾ ਦੇ ਹੇਠ ਬਾਕਸ ਨੂੰ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉਣਗੇ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਬਲੱਡ ਟੈਸਟ (ਟਾਇਟਰ) ਨਾਲ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਪ੍ਰਤੀਰੱਖਿਅਣ ਦਰਸਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੋਸ਼ਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਰੋਗ ਪ੍ਰਤੀਰੱਖਿਅਣ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀਕਰਨ ਵਿੱਚ ਉਚਿਤ ਰੋਗ ਲਈ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਵਾਓ ਅਤੇ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ CIS ਨਾਲ ਲੈਬ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਦੇਣੀਆਂ ਪੈਣਗੀਆਂ।
- ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦਿਓ।

ਸਵੀਕ੍ਰਿਤ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ

ਸਾਰੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਿਕਾਰਡ ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂਚੇ ਹੋਏ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ:

- ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਟੀਕਾਕਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਸਟਮ (IIS), MyIR, ਜਾਂ ਹੋਰ ਰਾਜ ਦੇ IIS ਤੋਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਨਾਲ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਪ੍ਰਤੀਰੱਖਿਅਣ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (CIS) ਫਾਰਮ।
- ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੈਧਤਾ ਹਸਤਾਖਰ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਪੂਰਨ CIS ਦੀ ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਪੀ।
- ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਜਾਂ ਮੇਹਰ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੇ ਨੱਥੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਸਹਿਤ ਇੱਕ ਪੂਰਨ CIS ਦੀ ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਪੀ। ਸਕੂਲ ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਨਰਸ ਜਾਂ ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ ਕਿ CIS 'ਤੇ ਦਿੱਤੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਸਹੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਲਿਖੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ।

ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ

ਬੱਚੇ ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਰੁਕ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੇ ਉਹ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਐਂਟਰੀ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਟੀਕੇ ਲਗਵਾ ਰਹੇ ਹਨ। (ਟੀਕਾ ਸਿਰੀਜ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਨਿਊਨਤਮ ਅੰਤਰਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਫੈਲੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕੁਝ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਟੀਕੇ ਪੂਰੇ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਅਗਲੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਟੀਕਾ ਖੁਰਾਕ ਲਈ ਉਡੀਕ ਦੌਰਾਨ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।) ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ, ਇੱਕ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਹ ਸਾਰੀਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ ਦੇ ਟੀਕੇ ਲੱਗੇ ਹੋਏ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜੋ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲਗਵਾਉਣ ਦੇ ਉਹ ਯੋਗ ਹਨ।

ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਅਗਲੇ ਟੀਕੇ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਨਿਊਨਤਮ ਵੈਧ ਤਾਰੀਖ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਅਤੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀਕਰਨ ਦੇਣ ਲਈ ਹੋਰ 30 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਈ ਟੀਕੇ ਲਗਵਾ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਿਯਮਬੱਧ ਸਥਿਤੀ ਉਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਾਰੇ ਟੀਕੇ ਪੂਰੇ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ।

ਜੇ 30-ਦਿਨਾਂ ਦਾ ਨਿਯਮਬੱਧ ਕਾਲ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀਕਰਨ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਇਲਡ ਕੇਅਰ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ RCW 28A.210.120 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਰ ਹਾਜ਼ਰੀ ਤੋਂ ਕੱਢ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਵੈਧ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸੰਦੇਹਜਨਕ ਰੋਗ ਲਈ ਪ੍ਰਤੀਰੱਖਿਅਣ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਾਂ ਛੋਟ ਦਾ ਪੂਰਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (COE) ਫਾਰਮ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ।

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		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 June 2021