

家长们-您的孩子准备上学了吗?

2021-2022 学年需进行的免疫接种



家长/监护人说明: 下表为入学儿童需要接受的免疫接种信息, 您可找到您孩子对应的年级, 年级所在行提供了需要接受的免疫接种名字和需要接受的剂量。

	Hepatitis B (乙型肝炎)	DTaP/Tdap (白喉、破伤风、百日咳)	Polio (脊髓灰质炎)	MMR (麻疹、流行性腮腺炎、风疹)	Varicella (水痘)
幼儿园 - 6 年级	3 剂	5 剂*	4 剂*	2 剂	2 剂 或 保健服务提供者证实儿童有疾病
7-12 年级	3 剂	3 剂 DTaP * 和 1 剂 Tdap	4 剂*	2 剂	2 剂 或 保健服务提供者证实儿童有疾病 (获得允许的特定学生)

* 所需疫苗剂量可能比列出的剂量

학생들은 최소한의 기간과 나이제한을 준수해야 합니다. 질문이 있으실 경우 의료 공급자 아니면 학교직원과 예방접종 요구사항에 대해 상의하십시오.

학교에서 요구하지 않는 예방접종에 대한 정보는 이곳에서 찾으실 수 있습니다: www.immunize.org/cdc/schedules/

如欲索取本文件的其他版本格式, 请致电 1-800-525-0127。耳聋或重听人士请拨 711 (Washington Relay)
或发送电子邮件至 civil.rights@doh.wa.gov。



Certificate of Immunization Status (CIS)

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

请打印。请参阅如何填写此表格或从华盛顿州 Washington State Immunization Information System (IIS, 免疫信息系统) 打印此表格的说明。

孩子的姓氏:	名字:	中间名首字母:	出生日期 (月/日/年):
---------------	------------	----------------	----------------------

我允许我孩子的学校/儿童保育机构在Immunization Information System中添加免疫信息，以帮助学校维护我孩子的记录。
 仅针对有条件身份：我确认我的孩子将以有条件身份入学/进入儿童保育机构。为了让我的孩子留在学校，我必须在规定的最后期限前提供必要的免疫记录。请参阅有关有条件身份的指南。

通过在下面输入您的姓名，您可以确认您的姓名是您的签名，并确认您有权提供此信息。

X _____ 家长/监护人签名	X _____ 如果以有条件身份开始，则需要家长/监护人的签名
日期	日期

<input type="checkbox"/> 要求入学	<input type="checkbox"/> 要求进入儿童保育机构/幼儿园	日期 月/日/年	日期 月/日/年	日期 月/日/年	日期 月/日/年	日期 月/日/年	日期 月/日/年
-------------------------------	---	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

学或进入儿童保育机构所需的疫苗

●▲ DTaP (白喉、破伤风、百日咳)						
▲ Tdap (破伤风、白喉、百日咳) (7年级以上)						
●▲ DT 或 Td (破伤风、白喉)						
●▲ 乙型肝炎						
● Hib (乙型流感嗜血杆菌)						
●▲ 脊髓灰质炎灭活疫苗 (小儿麻痹症) (脊髓灰质炎灭活疫苗/口服脊髓灰质炎疫苗的任何组合)						
●▲ 口服脊髓灰质炎疫苗 (小儿麻痹症)						
●▲ 麻风腮三联疫苗 (麻疹、腮腺炎、风疹)						
● 肺炎球菌结合疫苗/肺炎球菌多糖疫苗 (肺炎球菌)						
●▲ 水痘						
<input type="checkbox"/> 经 IIS 证实的疾病史						

推荐疫苗 (非入学或进入儿童保育机构所需)

流感 (流行性感冒)					
甲型肝炎					
人乳头状瘤病毒					
脑膜炎球菌结合疫苗/脑膜炎球菌多糖疫苗 (A、C、W、Y 型脑膜炎球菌病)					
B 型脑膜炎球菌疫苗 (B 型脑膜炎球菌病)					
轮状病毒					

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
<input type="checkbox"/> 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.

Certificate of Immunization Status (CIS, 免疫状况证明) 填写说明: 从 Immunization Information System (IIS) 打印该表格或手动填写。

想要打印已填写免疫信息的表格:

请访问, 您的医疗服务提供者办公室是否将免疫接种输入至 华盛顿州 Immunization Information System中。如果是, 要求他们打印 IIS 中的 CIS, 则您孩子的免疫接种信息将自动填写。您也可以在此 <https://wa.myir.net> 上注册并登录 MyIR, 以在家打印 CIS。如果您的提供者没有使用 IIS, 请发送电子邮件至 waiisrecords@doh.wa.gov 或致电 1-866-397-0337 联系 Department of Health (卫生部) 以获取您孩子的 CIS 副本。

想要手动填写该表格:

1. 以正楷书写您孩子的姓名和出生日期, 并在第一页注明的地方签名。
2. 在日期栏中填写每剂疫苗接种的日期 (格式为月/日/年)。如果您的孩子接种结合疫苗 (一针可预防多种疾病), 请使用下方的 参考指南正确记录每种疫苗。例如, 将白喉、破伤风、百日咳下的百白破三联疫苗记录为 DTaP、将乙型肝炎记录为 Hep B, 并将小儿麻痹症记录为 IPV。
3. 如果您的孩子患有水痘疾病而没有接种疫苗, 医疗服务提供者必须核实水痘疾病以满足学校要求。
 - 如果您的医疗服务提供者可证实您的孩子患有水痘, 请您的提供者勾选 Documentation of Disease Immunity (疾病免疫文档) 部分中的方框并在该表格上签名。
 - 如果学校工作人员访问 IIS, 并看到您孩子患有水痘的确认, 则他们将在疫苗部分勾选水痘下的方框。
4. 如果您的孩子通过血液测试 (滴定量) 显示出阳性免疫, 请您的医疗服务提供者勾选 Documentation of Disease Immunity 部分中适当疾病的方框, 并在表格上签字和注明日期。您必须在提供 CIS 时附带实验室报告。
5. 根据下方指南, 提供医学认证记录的证明。

可接受的医疗记录

所有疫苗接种记录必须经过医学认证。例如:

- 从华盛顿州 Immunization Information System (IIS)、MyIR 或其他州的 IIS 打印的带有接种日期的 Certificate of Immunization Status (CIS) 表格。
- 带有医疗服务提供者验证签名的完整硬拷贝 CIS。
- 附带从医疗服务提供者的电子健康记录打印的接种记录 (有医疗服务提供者的签名或盖章) 的完整硬拷贝 CIS。学校行政人员、护士或其指定人员必须核实 CIS 上的日期已准确誊写, 并在申请表上签字。

有条件身份

如果儿童正在补齐入学或进入儿童保育机构序所需的疫苗, 则他们可以以有条件身份进入并留在学校或儿童保育机构。(疫苗系列剂量按最小的时间间隔分配, 因此一些孩子可能要等一段时间才能完成疫苗接种。这意味着他们可能在等待接种下一剂所需疫苗期间入学)。要以有条件身份入学或进入儿童保育机构, 儿童必须在开始上学或进入儿童保育机构之前接种他们有资格接种的所有疫苗剂量。以有条件身份入学的学生在等待下一剂疫苗的最低有效期时可留在学校, 再加上 30 天时间以提交疫苗接种文档。如果学生正在补齐多种疫苗, 有条件身份将以类似方式延续, 直到所有的所需疫苗都接种完成。

根据 Revised Code of Washington (RCW, 华盛顿修订法典) 第 28A.210.120 款规定, 如果为期 30 天的有条件期限到期, 且文档尚未交给学校或儿童保育机构, 那么该学生将无法继续上学。有效文档包括有关疾病的免疫证明、显示疫苗接种的医疗记录或完整的 certificate of exemption (COE, 豁免证明) 表格。

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 November 2019