



DEPARTMENT OF  
PUBLIC HEALTH &  
HUMAN SERVICES

## Форма условного посещения

Форма HES 103

Школы и детские учреждения штата Монтана

### I. Данный раздел заполняется представителем детского учреждения или школы.

ФИО ребенка/учащегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

ФИО родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

*Подтверждаю, что указанный выше ребенок/учащийся получил как минимум одну или более доз требуемых вакцин и на законных основаниях имеет право на условное посещение в настоящее время. Ребенок/учащийся будет оставаться в статусе условного посещения по каждой из требуемых прививок до тех пор, пока не выполнит требования по иммунизации детского учреждения/школы и не будет соблюдать указанный ниже график.*

Подпись (представителя детского учреждения или школы): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

### II. Данный раздел заполняется врачом/представителем департамента здравоохранения.

Пожалуйста, укажите информацию о следующих дозах вакцин, которые необходимо ввести, по типу вакцины и дате в полях ниже.

**НЕОБХОДИМЫЙ ТИП(Ы) ВАКЦИНЫ /**

**ТРЕБУЕМЫЕ ДОЗЫ / ДАТА ДОПУСКА**

**Пример:** КПК, Полиомиелит

20.12.2012

НЕОБХОДИМЫЙ ТИП(Ы) ВАКЦИНЫ /	ТРЕБУЕМЫЕ ДОЗЫ / ДАТА ДОПУСКА
Пример: КПК, Полиомиелит	20.12.2012

*Подтверждаю, что я составил график иммунизации для требуемых вакцин для указанного выше ребенка/учащегося, и данный график соответствует минимальным интервалам, установленным ACIP (Консультативным комитетом по практике иммунизации), для приведения данного ребенка в соответствие с требованиями детского учреждения или школы.*

Подпись (врача/представителя департамента здравоохранения): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

### III. Данный раздел подписывается родителем/опекуном.

*Я понимаю, что моему ребенку разрешено посещать детское учреждение или школу на условной основе, и соглашаюсь на вакцинацию моего ребенка с соблюдением указанных выше сроков. Я также понимаю, что согласно закону штата Монтана и административным правилам моему ребенку не будет разрешено посещать детское учреждение/школу в штате Монтана, если я не соглашусь с данным условием и не предоставлю требуемую документацию в установленные сроки.*

Подпись (родителя/опекуна): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Ребенку/учащемуся может быть разрешено условное посещение детского учреждения или школы, если он/она:

1. Получил одну или более доз каждой из требуемых вакцин и
2. Будет продолжать получать оставшиеся дозы согласно графику, установленному выше врачом или Департаментом здравоохранения в соответствии с требованиями детского учреждения или школы.

График иммунизации для завершения требуемых вакцинаций должен быть составлен врачом или Департаментом здравоохранения с указанием типа вакцины (вакцин) и даты (дат) введения следующей дозы. Данная информация должна быть задокументирована в настоящей форме и в карте записи иммунизации. Родитель/опекун несет ответственность за соблюдение каждого срока вакцинации и предоставление документального подтверждения детскому учреждению или школе.

Если ребенок, условно посещающий детское учреждение или школу, не завершит иммунизацию в указанный период времени, он/она будет немедленно исключен из детского учреждения или школы.

# ИНСТРУКЦИИ

## I. Детское учреждение, дошкольное учреждение, школа K-12:

1. Данный раздел I заполняется представителем детского учреждения или школы.
2. Попросите родителя/опекуна прочитать и подписать раздел III данной формы.
3. Передайте данную форму родителю/опекуну с инструкциями по составлению графика иммунизации для недостающих доз вакцины и его подписанию врачом/сотрудником Департамента здравоохранения.
4. После заполнения данная форма должна быть возвращена в детское учреждение или школу родителем/опекуном. Данная форма затем хранится вместе с официальной записью об иммунизации ребенка/учащегося. Родителю/опекуну должна быть предоставлена копия данной формы.
5. Официальная запись об иммунизации должна обновляться по мере введения доз вакцины в соответствии с установленным графиком иммунизации.
6. Ребенок/учащийся, не завершивший иммунизацию согласно графику:
  - a) Должен получить право на освобождение и заявить об этом, или
  - b) Немедленно исключается директором детского учреждения или администратором школы/уполномоченным лицом.

## II. Врач или Департамент здравоохранения:

1. Врач/Департамент здравоохранения установит график иммунизации для недостающих доз вакцины и внесет график в раздел II. Тип вакцины и дата введения доз должны быть отмечены в данной форме и в официальной записи об иммунизации. Врач/Департамент здравоохранения будет следовать рекомендованному ACIP графику навестывания, чтобы привести ребенка в соответствие с требованиями иммунизации в детском учреждении или школе. После того как график иммунизации будет установлен и подписан врачом/Департаментом здравоохранения, данная форма должна быть возвращена в детское учреждение/школу родителем/опекуном.

## III. Родитель или опекун:

1. После того как раздел I данной формы будет заполнен представителем детского учреждения/школы, пожалуйста, прочитайте и подпишите раздел III.
2. Когда раздел II данной формы будет заполнен и подписан врачом/Департаментом здравоохранения, он должен быть возвращен в детское учреждение/школу родителем/опекуном.
3. Получите копию данной заполненной формы из детского учреждения/школы для справки и соблюдения установленного графика иммунизации.
4. Каждый раз, когда ребенок/учащийся получает требуемую вакцину (вакцины), родитель/опекун должен принести подписанную/заверенную запись об иммунизации от врача/Департамента здравоохранения в детское учреждение/школу для обновления записи.

**ПРИМЕЧАНИЕ: Вопросы относительно использования данной формы следует направлять в местный Департамент здравоохранения или в Программу иммунизации штата Монтана (406-444-5580).**