

هل أطفالك مستعدون؟

قانون التلقيحات الخاص ببرامج رعاية الأطفال والطفولة المبكرة

يتوجب على الأطفال الحصول على تلقيحات قبل الانضمام إلى برامج رعاية الأطفال والطفولة المبكرة في ولاية مينيسوتا أو تقديم طلب للحصول على إعفاء. ينطبق هذا الشرط على جميع مراكز رعاية الأطفال المرخصة، ومراكز رعاية الأطفال الأسرية، ورعاية الأطفال المعتمدة المعفاة من الترخيص، وبرامج الطفولة المبكرة؛ مثل مرحلة الحضانه، والاستعداد للمدرسة الإضافية، ومرحلة ما قبل الروضة التطوعية، والتعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة. ابحث عن الفئة العمرية لطفلك في الجدول أدناه، واعرف إجمالي عدد الجرعات المطلوبة من كل لقاح لسن طفلك.

التلقيحات المطلوبة	3-4 شهور	5-6 شهور	7 شهور - 15 شهرًا	16-23 شهرًا	من 24 شهرًا وحتى ما قبل الروضة
فيروس التهاب الكبد ب (Hep B)	جرعتان	جرعتان	3 جرعات	3 جرعات	3 جرعات
الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DTaP)	جرعة واحدة	جرعتان	3 جرعات	3 جرعات	4 جرعات
شلل الأطفال (IPV)	جرعة واحدة	جرعتان	جرعتان	جرعتان	3 جرعات
المكورات الرئوية (PCV)	جرعة واحدة	جرعتان	3 جرعات	3 جرعات	3 جرعات
المستدمية النزلية النوع ب (Hib)	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة	جرعة واحدة
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)				جرعة واحدة	جرعة واحدة
جدري الماء (chickenpox)				جرعة واحدة	جرعة واحدة
فيروس التهاب الكبد أ (Hep A)					جرعة واحدة

ملاحظة: قد يختلف عدد الجرعات إذا كان طفلك متأخرًا في جدول التلقيحات. إذا تخلف طفلك عن التلقيحات، فتحدث إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص به، فالأوان لم يفت بعد للالتزام بجدول التلقيحات.

تلقيحات موصى بها ولكنها ليست إلزامية لبرامج رعاية الطفل أو الطفولة المبكرة

يوصى باستخدام لقاح الأنفلونزا، وكوفيد-19، والفيروس المخلوي التنفسي (RSV)، وفيروس الروتا، وغيرها من اللقاحات للأطفال لضمان حمايتهم بشكل كامل. تحدث إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بشأن الموعد المناسب لتلقي طفلك هذه التلقيحات. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [Vaccine Schedules For You and Your Family: CDC](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html) جداول التلقيحات لك ولعائلتك [. \(www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html\)](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html)

نصائح للآباء وأولياء الأمور

تأكد من حصول طفلك على جميع التلقيحات المطلوبة قبل اليوم الأول من برنامج رعاية الطفل/برنامج الطفولة المبكرة أو تقديم طلب للحصول على إعفاء.

أرسل نسخة من سجل تلقيحات طفلك إلى برنامج رعاية الطفل أو برنامج الطفولة المبكرة أو المدرسة. يمكنك الحصول على نسخة من سجل التلقيح الخاص بالطفل من العيادة أو من خلال سجل الطفل الموجود على [Find My Immunization Record](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) [أعثر على سجل تلقيحاتي](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) [. \(www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html)

يرجى إكمال الجانب الخلفي إذا كان طفلك يحتاج إلى إعفاء لأسباب طبية أو إذا كنت تختار إعفاء غير طبي بسبب معتقداتك الشخصية.

تلقيحات للرضع والأطفال والمراهقين

[. \(www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html\)](https://www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)



الإعفاءات الطبية وغير الطبية

تعليمات توثيق الإعفاءات الطبية أو غير الطبية وتاريخ الإصابة بجذري الماء (الحماق)

اتبع الخطوتين 1 و2 أدناه لتوثيق الإعفاء الطبي أو الإعفاء غير الطبي أو تاريخ الإصابة بجذري الماء.

1. ضع علامة X في المربع لتحديد إعفاء طبي أو إعفاء غير طبي. إذا كنت تطلب إعفاء طفلك من أكثر من لقاح واحد، فضع علامة X على كل لقاح تعفيه منه.
2. إجمع التوقيعات للحصول على إعفاءات أو تاريخ مرض جذري الماء.

التلقيحات المطلوبة	إعفاء طبي	إعفاء غير طبي
فيروس التهاب الكبد ب (Hep B)		
الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DTaP)		
شلل الأطفال (IPV)		
المكورات الرئوية (PCV)		
المستدمية النزلية النوع ب (Hib)		
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)		
جذري الماء (chickenpox)		
فيروس التهاب الكبد أ (Hep A)		

الإعفاء الطبي: يجب على مقدم الرعاية الصحية مراجعة الإعفاء الطبي والتوقيع عليه. يشمل مقدمو الرعاية الصحية الطبيب المرخص، أو ممارس التمريض، أو مساعد الطبيب. بتوقيعي أدناه، أؤكد أن هذا الطفل ينبغي ألا يتلقى اللقاحات المحددة بعلامة X في الجدول لأسباب طبية (موانع الاستعمال) أو لوجود تأكيد مختبري بأنه محصن بالفعل.

التوقيع:

(خاص بممارس الرعاية الصحية)

التاريخ:

الإعفاء غير الطبي: يجب أن يوقع أحد الأبوين/ولي الأمر للحصول على إعفاء غير طبي، ويجب توقيع النموذج وختمه من قبل كاتب العدل. لن يُطلب من الطفل الحصول على تلقيح يتعارض مع معتقدات أبويه أو ولي أمره. من شأن اختيار عدم تلقيح أن يعرض صحة طفلك أو الآخرين المحيطين به للخطر. قد يُطلب من الأطفال غير الملقحين المعرضين لمرض يمكن الوقاية منه باللقاحات البقاء في المنزل، وعدم الذهاب إلى المدرسة أو الأنشطة الأخرى لمدة تصل إلى 21 يوماً لحماية أنفسهم والآخرين.

أؤكد بتوقيعي أن هذا الطفل لن يتلقى اللقاحات المحددة بعلامة X في الجدول؛ بسبب معتقداتي، وأدرك أنه قد يُطلب منه البقاء خارج المدرسة والأنشطة الأخرى لمدة تصل إلى 21 يوماً إذا تعرض لمرض يمكن الوقاية منه باللقاحات.

التوقيع:

التاريخ:

(خاص بالوالد/ولي الأمر)

يجب أيضاً توقيع الإعفاءات غير الطبية وختمها من قبل كاتب العدل:

قد تم الإقرار بهذه الوثيقة أمامي في يوم

(التاريخ)

بواسطة

(اسم الوالد أو ولي الأمر)

توقيع كاتب العدل:

الولاية

مقاطعة

تاريخ مرض جذري الماء (varicella): إذا أصيب طفلك سابقاً بجذري الماء، فهو ليس ملزماً بتلقي لقاح هذا المرض. يجب على مقدم الرعاية الصحية التوقيع على هذا النموذج إذا حدثت الإصابة بالمرض بعد 1 سبتمبر 2010. إذا أصيب الطفل بجذري الماء قبل 1 سبتمبر 2010، يجوز لأحد الوالدين أو ولي الأمر التوقيع على هذا النموذج.

توقيعي أدناه يعني أنني أؤكد أن هذا الطفل لا يحتاج إلى لقاح جذري الماء لأنه أصيب بالمرض في الشهر والسنة التاليين

التوقيع:

(خاص بممارس الرعاية الصحية، أو ممثل العيادة العامة، أو الوالد/ولي الأمر)