

के तपाईका बच्चाहरू तयार छन्?

बाल हेरचाह तथा प्रारम्भिक बाल्यकाल कार्यक्रम खोपको कानून

बच्चाहरूले Minnesota मा बाल हेरचाह तथा प्रारम्भिक बाल्यकाल कार्यक्रमहरूमा भर्ना हुनु अघि खोपहरू लगाउन वा कुनै छुट पेश गर्न आवश्यक हुन्छ। यो आवश्यकता सबै अनुमतिपत्र प्राप्त बाल हेरचाह केन्द्रहरू, पारिवारिक बाल हेरचाह, प्रमाणित अनुमतिपत्र छुट बाल हेरचाह, र प्रारम्भिक बाल्यकाल कार्यक्रमहरू जस्तै प्रेसिकूल, स्कूल रेडनेस प्लस, स्वैच्छिक प्रीकनिडरगार्टन, र प्रारम्भिक बाल्यकाल विशेष शिक्षामा लागू हुन्छ। तलको चार्टमा तपाईको बच्चाको उमेर समूह खोज्नुहोस् र उनीहरूको उमेरको लागि प्रत्येक खोपको जम्मा कति डोजहरू आवश्यक छ भनी हेर्नुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	3 देखि-4 महनिसम्म	5 देखि-6 महनिसम्म	7 देखि-15 महनिसम्म	16 देखि-23 महनिसम्म	24 महनिदेखि कनिडरगार्टनसम्म
हेपाटाइटिस B (हेप B)	2 डोजहरू	2 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू
डिप्टेरिया, टेटानस र पेरुसिस (Diphtheria, tetanus, and pertussis, DTaP)	1 डोज	2 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू	4 डोजहरू
नषिकरियि पोलियो खोप (Inactivated Polio Vaccine, IPV)	1 डोज	2 डोजहरू	2 डोजहरू	2 डोजहरू	3 डोजहरू
न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सनि (Pneumococcal Conjugate Vaccine, PCV)	1 डोज	2 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू	
हेमोफिलिस इन्फ्लुएन्जा प्रकार B (Haemophilus influenzae type b, Hib)	1 डोज	1 डोज	1 डोज	1 डोज	1 डोज
दादुरा, मम्प्स, रुबेला (Measles, mumps, rubella, MMR)				1 डोज	1 डोज
भेरसैला (ठेउला)				1 डोज	1 डोज
हेपाटाइटिस A (हेप A)					1 डोज

नोट: यदतिपाईको बच्चा समय तालिकाभन्दा पछाडि छ भने डोजको संख्या फरक हुन सक्छ। यदतिपाईको बच्चा उनीहरूका खोपहरू लगाउनमा पछाडि परेको छ भने यसलाई भेटाउन ढिला भएको छैन, उनीहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

सफिरसि गरिएको तर बाल हेरचाह वा प्रारम्भिक बाल्यकाल कार्यक्रमहरूका लागि आवश्यक छैन

इन्फ्लुएन्जा (फ्लु), कोभिड-19, रेस्पिरिटरी सन्सिटियल भाइरस (respiratory syncytial virus, RSV), रोटाभाइरस र अन्य खोपहरू बच्चाहरूका लागि तिनीहरू पूर्ण रूपमा सुरक्षित छन् भनेर सुनिश्चित गर्नका लागि सफिरसि गरिन्छ। तपाईको बच्चाले यी खोपहरू कहिले पाउनुपर्छ भन्ने बारे आफ्नो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग कुराकानी गर्नुहोस्। थप जानकारीका लागि यहाँ जानुहोस् [CDC: तपाई र तपाईका परिवारका लागि खोप तालिकाहरू \(www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html\)](http://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html)।

आमाबाबु तथा अभिभावकहरूका लागि सुझाव

- नशिचति गर्नुहोस् कि तपाईको बच्चाले उनीहरूको बाल हेरचाह/प्रारम्भिक बाल्यकाल कार्यक्रमको पहिलो दिन अघि नै आवश्यक सबै खोपहरू पाएको छ वा कुनै छुट पेश गर्नुहोस्।
- तपाईको बच्चाको खोप रेकर्डको एक प्रतिलिपि उनीहरूको बाल हेरचाह, प्रारम्भिक बाल्यकाल कार्यक्रम, वा वदियालयमा पेश गर्नुहोस्। तपाईले क्लिनिकिबाट उनीहरूको रेकर्डको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा तिनीहरूको रेकर्ड [मेरो खोप रेकर्ड फेला पार्नुहोस् \(www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html\)](http://www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html) मा फेला पार्न सक्नुहुन्छ।
- यदा तपाईको बच्चालाई चकितिसा कारणहरूले गर्दा छुट चाहन्छ वा यदा तपाई व्यक्तगित मान्यताहरूका कारणले गैर-चकितिसा छूटका लागि विकल्प छान्दै हुनुहुन्छ भने कृपया पछाडिको भागलाई पूरा गर्नुहोस्।



शशि, बालबालिका तथा कशोरहरूका लागि खोपहरू
(www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

चकितिसा तथा गैर चकितिसा छुटहरू

चकितिसा वा गैर-चकितिसा छुटहरू र ठेउला (भेरसिला) को इतिहासलाई कागजातीकरण गर्न नर्देशनहरू

चकितिसा छुट, गैर-चकितिसा छुट, वा ठेउलाको इतिहासलाई कागजातीकरण गर्नका लागि तलका 1 र 2 चरणहरूको पालना गर्नुहोस्।

- चकितिसा वा गैर-चकितिसा छुटलाई संकेत गर्न बक्समा X चिन्ह राख्नुहोस्। यदि तपाईंले आफ्नो बच्चालाई एकभन्दा बढी खोपबाट छुट दानुहुन्छ भने, तपाईंले तनीहरूलाई छुट दानुभएको प्रत्येक खोपलाई X द्वारा चिन्ह लगाउनुहोस्।
- छुटहरू वा ठेउला रोगको इतिहासका लागि हस्ताक्षरहरू प्राप्त गर्नुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	चकितिसा	गैर-चकितिसा
हेपाटाइटिस B (हेप B)		
डिप्टेरिया, टिटानस र पेस्टिसिस (DTaP)		
नषिक्रयि पोलियो खोप (IPV)		
न्यूमोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन (PCV)		
हेमोफिलिस इन्फ्लुएन्जा प्रकार B (Hib)		
दादुरा, मम्पस, रुबेला (MMR)		
भेरसिला (ठेउला)		
हेपाटाइटिस A (हेप A)		

चकितिसा छुट: एक स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले कुनै चकितिसा छुटमा समीक्षा र हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। स्वास्थ्य सेवा प्रदायकमा अनुमतपितर प्राप्त चकितिसक, नर्स व्यवसायी, वा चकितिसक सहायक पर्दछन्। मुनिको मेरो हस्ताक्षरद्वारा, म यो पुष्टि गर्छु कि यो बच्चालाई चकितिसा कारणहरू (प्रतरीधहरू) का कारण तालकामा X चिन्ह लगाइएको खोपहरू लगाउनु हुँदैन वा कनिभने प्रयोगशालाको पुष्टि छ कि तनीहरू पहिले नै प्रतरीक्षा छन्।

हस्ताक्षर: _____
(स्वास्थ्य हेरचाह चकितिसक)
मिति: _____

गैर-चकितिसा छुट: आमाबाबु/अभभावकले गैर-चकितिसा छुटका लागि हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र फाराममा एक नोटरीद्वारा हस्ताक्षर र छाप लगाइएको हुनुपर्छ। बच्चालाई उनीहरूको आमाबाबु वा अभभावकको मान्यताका वरिद्धमा खोप लगाउन आवश्यक छैन। खोप नलगाउने छनोटले तपाईंको बच्चा वा तनीहरू वरपर रहेका अरूको स्वास्थ्यलाई जोखिममा पार्न सक्छ। खोप नलगाइएका बालबालिका जो खोपबाट बच्न सक्ने रोगको सम्पर्कमा आएका छन्, उनीहरूले आफू र अरूलाई जोगाउन 21 दिनसम्म वदियालय तथा अन्य गतविधिहरूबाट बाहिर घरमा बस्नुपर्ने हुन सक्छ।

मेरो हस्ताक्षरद्वारा म यो पुष्टि गर्छु कि यो बच्चाले मेरो मान्यताका कारणले तालकामा X चिन्ह लगाइएका खोपहरू प्राप्त गर्ने छैन र म यो बुझ्छु कि खोपले रोकथाम गर्न सक्ने रोगको सम्पर्कमा आएमा उनीहरूलाई 21 दिनसम्म वदियालय तथा अन्य गतविधिहरूबाट बाहिर बस्नुपर्ने हुन सक्छ।

हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
(आमाबाबु/अभभावकको)

गैर-चकितिसा छुटहरू पन एक नोटरीद्वारा हस्ताक्षरति र छापिएको हुनुपर्छ:

नोटरीको छाप

यो कागजात मेरो अगाडिस्वीकार गरिएको थियो

_____ (मिति),

द्वारा _____
(आमाबाबु वा अभभावकको नाम)



नोटरीको हस्ताक्षर:

_____, राज्य _____
देश _____

ठेउला (भेरसिला) रोगको इतिहास: यदि बच्चालाई पहिले नै ठेउला भएको थियो भने, उनीहरूलाई भेरसिला खोप लगाउन आवश्यक छैन। यदि यो रोग सेप्टेम्बर 1, 2010 पछि भएको खण्डमा स्वास्थ्य प्रदायकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। यदि बच्चालाई सेप्टेम्बर 1, 2010 अघि ठेउला भएको थियो भने, आमाबाबु वा अभभावकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्न सक्छन्।

मुनिको मेरो हस्ताक्षरको अर्थ यो हो कि म यो बच्चालाई भेरसिला खोप आवश्यक पर्दैन भन्ने कुरा पुष्टि गर्छु कनिभने उनीहरूलाई नमिन महनि र सालमा ठेउला भएको थियो _____

हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
(स्वास्थ्य हेरचाह व्यवसायी, सार्वजनिक क्लिनिकको प्रतनिधि, वा आमाबाबु/अभभावकको)