के तपाईंका बच्चाहरू तयार छन्?

Minnesota K-12 खोप कानून

वद्यिार्थीहरूले वद्यिालयको लागि निश्चिति खोपहरू लगाउन वा कुनै छुट पेश गर्न आवश्यक छ। यो आवश्यकता मनिसोटाका सम्पूर्ण सार्वजनकि, नजिी, अनलाइन र गृह वद्यिालयहरूमा लागू हुन्छ। तलको चार्टमा तपाईंको बच्चाको कक्षा हेर्नुहोस् र उनीहरूका कक्षाका लागि प्रत्येक खोपको जम्मा कति डोजहरू आवश्यक छ भनेर हेर्नुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	कन्डिरगार्टनदेखि छ कक्षासम्म	सातौं कक्षादेखि एघार कक्षासम्म	बाह्रौं कक्षा
हेपाटाइटसि B (हेप B)	3 डोजहरू	3 डोजहरू	3 डोजहरू
नष्क्रियि पोलयिो खोप (Inactivated Polio Vaccine, IPV)	4 डोजहरू	4 डोजहरू	4 डोजहरू
दादुरा, मम्प्स, रुबेला (Measles, mumps, rubella, MMR)	2 डोजहरू	2 डोजहरू	2 डोजहरू
भेरसिैला (ठेउला)	2 डोजहरू	2 डोजहरू	2 डोजहरू
डफ्थिेरयिा, टटिानस र पेर्टुससि (Diphtheria, Tetanus, and Pertussis, DTaP)	5 डोजहरू	5 डोजहरू	5 डोजहरू
टटिानस, डफ्थिेरयिा र पेर्टुससि (Tetanus, Diphtheria, and Pertussis, Tdap)		1 डोज	1 डोज
मेननि्गोकोकल ACWY मेननि्गोकोकल समूह A, C, W-135 र Y कन्जुगेट भ्याक्सनि (Meningococcal group A, C, W-135 and Y conjugate vaccine, MenACWY)		1 डोज	2 डोजहरू

नोट: यदि तपाईंको बच्चा समय तालकिाभन्दा पछाडि छि भने डोजको संख्या फरक हुन सक्छ। यदि तपाईंको बच्चा उनीहरूका खोपहरू लगाउनमा पछाडि परेको छ भने यसलाई भेटाउन ढलिा भएको छैन, उनीहरूको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

सफिारसि गरएिको छ तर वद्यिालयका लागि आवश्यक छैन

इन्फ्लुएन्जा (फ्लु), कोभडि-19, ह्युमन प्यापलिोमाभाइरस (Human Papillomavirus, HPV), मेननि्गोकोकल B (MenB) र अन्य खोपहरूलाई बच्चाहरूलाई तनिीहरू पूर्ण रूपमा सुरक्षति छन् भनेर सुनश्चिति गर्नका लागि सफिारसि गरनि्छ। तपाईंको बच्चाले यी खोपहरू कहलेि पाउनुपर्छ भन्ने बारे आफ्नो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकसँग कुराकानी गर्नुहोस्। थप जानकारीका लागि यहाँ जानुहोस् CDC: तपाईं र तपाईंका परविारका लागि खोप तालकिाहरू (www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html).

आमाबाबु तथा अभभिावकहरूका लागि सुझाव

- नश्चिति गर्नुहोस् कि तपाईंको बच्चाले उनीहरूको वद्यिालयको पहलिो दनि अघि नै आवश्यक सबै खोपहरू पाएको छ वा कुनै छुट पेश गर्नुहोस्।
- तपाईंको बच्चाको खोप रेकर्डको एक प्रतलिपिि उनीहरूको वद्यिालयमा पेश गर्नुहोस्। तपाईंले क्लनिकिबाट तनिीहरूको रेकर्डको प्रतलिपिि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ वा तनिीहरूको रेकर्ड यसमा फेला पार्न सक्नुहुन्छ मेरो खोप रेकर्ड खोजनुहोस् (www.health.state.mn.us/people/immunize/miic/records.html).
- यदि तपाईंको बच्चालाई चकिति्सा कारणहरूले गर्दा छुट चाहनि्छ वा यदि तपाईं व्यक्तगित मान्यताहरूका कारणले गैर-चकिति्सा छूटका लागि वकिल्प छान्दै हुनुहुन्छ भने कृपया पछाडकिो भागलाई पूरा गर्नुहोस्।

शशिु, बालबालकिा तथा कशिोरहरूका लागि खोपहरू (www.health.state.mn.us/people/immunize/basics/kids.html)

DEPARTMENT OF HEALTH

बच्चाको नाम (नाम, थर):______________________ बच्चाको जन्ममिति:______________________

चिकित्सा तथा गैर चिकित्सा छूटहरू

चिकित्सा वा गैर-चिकित्सा छुटहरू र ठेउला (भेरीसैला) को इतिहासलाई कागजातीकरण गर्न निर्देशनहरू

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

1. चिकित्सा वा गैर-चिकित्सा छूटलाई संकेत गर्न बक्समा X चिन्ह राख्नुहोस्। यदि तपाईंले आफ्नो बच्चालाई एकभन्दा बढी खोपबाट छुट दिनुहुन्छ भने, तपाईंले तिनीहरूलाई छुट दिनुभएको प्रत्येक खोपलाई X द्वारा चिन्ह लगाउनुहोस्।
2. छुटहरू वा ठेउला रोगको इतिहासका लागि हस्ताक्षरहरू प्राप्त गर्नुहोस्।

आवश्यक खोपहरू	**चिकित्सा**	**गैर-चिकित्सा**
हेपाटाइटिस B (हेप B)		
निष्क्रिय पोलियो खोप (IPV)		
दादुरा, मम्प्स, रुबेला (MMR)		
भेरिसेला (ठेउला)		
डिप्थेरिया, टिटानस र पेर्टुसिस (DTaP)		
टिटानस, डिप्थेरिया र पेर्टुसिस (Tdap)		
मेनिन्गोकोकल (MenACWY)		

चिकित्सा छुट: एक स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले कुनै चिकित्सा छूटमा समीक्षा र हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। स्वास्थ्य सेवा प्रदायकमा अनुमतिपत्र प्राप्त चिकित्सक, नर्स व्यवसायी, वा चिकित्सक सहायक पर्दछन्।
मुनिको मेरो हस्ताक्षरद्वारा, म यो पुष्टि गर्छु कि यो बच्चालाई चिकित्सा कारणहरू (प्रतिरोधहरू) का कारण तालिकामा X चिन्ह लगाइएको खोपहरू लगाउनु हुँदैन वा कनिभने प्रयोगशालाको पुष्टि छ कि तिनीहरू पहिले नै प्रतिरक्षा छन्।

हस्ताक्षर: ______________________
(स्वास्थ्य स्याहार चिकित्सकको)

मिति: ______________

गैर-चिकित्सा छुट: आमाबाबु/अभिभावकले गैर-चिकित्सा छुटका लागि हस्ताक्षर गर्नुपर्छ र फाराममा एक नोटरीद्वारा हस्ताक्षर र छाप लगाइएको हुनुपर्छ। बच्चालाई उनीहरूको आमाबाबु वा अभिभावकको मान्यताका विरुद्धमा खोप लगाउन आवश्यक छैन। खोप नलगाउने छनोटले तपाईंको बच्चा वा तिनीहरू वरपर रहेका अरूको स्वास्थ्यलाई जोखिममा पार्न सक्छ। खोप नलगाइएका बालबालिका जो खोपबाट बच्न सकिने रोगको सम्पर्कमा आएका छन्, उनीहरूले आफू र अरूलाई जोगाउन 21 दिनसम्म विद्यालय तथा अन्य गतिविधिहरूबाट बाहिर घरमा बस्नुपर्ने हुन सक्छ।
मेरो हस्ताक्षरद्वारा म यो पुष्टि गर्छु कि यो बच्चाले मेरो मान्यताका कारणले तालिकामा X चिन्ह लगाइएका खोपहरू प्राप्त गर्ने छैन र म यो बुझ्छु कि खोपले रोकथाम गर्न सकिने रोगको सम्पर्कमा आएमा उनीहरूलाई 21 दिनसम्म विद्यालय तथा अन्य गतिविधिहरूबाट बाहिर बस्नुपर्ने हुन सक्छ।

हस्ताक्षर:______________________________ मिति:__________
(आमाबाबु/अभिभावकको)

गैर-चिकित्सा छुटहरू पनि एक नोटरीद्वारा हस्ताक्षरित र छापिएको हुनुपर्छ:

नोटरीको छाप

यो कागजात मेरो अगाडि स्वीकार गरिएको थियो

______________________ (मिति),

द्वारा______________________
(आमाबाबु वा अभिभावकको नाम)

नोटरीको हस्ताक्षर:

____

______________________, राज्य
______________________ देश

ठेउला (भेरिसैला) रोगको इतिहास: यदि बच्चालाई पहिले नै ठेउला भएको थियो भने, उनीहरूलाई भेरिसैला खोप लगाउन आवश्यक छैन। यदि सेप्टेम्बर 1, 2010 पछि यो रोग भयो भने स्वास्थ्य प्रदायकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। यदि बच्चालाई सेप्टेम्बर 1, 2010 अघि ठेउला भएको थियो भने, आमाबाबु वा अभिभावकले यो फाराममा हस्ताक्षर गर्न सक्छन्।
मुनिको मेरो हस्ताक्षरको अर्थ यो हो कि म यो बच्चालाई भेरिसैला खोप आवश्यक पर्दैन भन्ने कुरा पुष्टि गर्छु कनिभने उनीहरूलाई निम्नि महिना र सालमा ठेउला भएको थियो ______________________
हस्ताक्षर: ______________________ मिति: ______________
(स्वास्थ्य हेरचाह व्यवसायी, सार्वजनिक क्लिनिकको प्रतिनिधि, वा आमाबाबु/अभिभावकको)