



## Уведомление о необходимости полной иммунизации

Имя и фамилия ребенка: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

ID учащегося: \_\_\_\_\_ Уч. уровень/Класс: \_\_\_\_\_

Школа: \_\_\_\_\_ Телефон школы: \_\_\_\_\_

Уважаемый родитель/опекун!

Анализ школьной медицинской документации свидетельствует об отсутствии у вашего ребенка одной или нескольких обязательных прививок. Просим вас безотлагательно представить документы в подтверждение получения им очередных доз нижеуказанных вакцин или иммунитета к кори, паротиту (свинке), краснухе, ветряной оспе, полиомиелиту или гепатиту В (на основании анализа крови). **Согласно Разделу 2164 Закона о здравоохранении (Public Health Law), ребенок отстраняется от занятий с \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (мм/дд/гггг) до предъявления справки о получении очередных доз требуемых вакцин или подтверждения иммунитета.** Обратите внимание! Если ребенок получил прививки ДО достижения минимального возраста, эти дозы НЕ засчитываются.

ВАКЦИНА	Требуемое количество доз	Примечание (требования SH65 по возрастам и классам)
<b>DTaP</b> (дифтерийно-столбнячная-бесклеточная коклюшная) <b>DTP</b> (дифтерийно-столбнячная-коклюшная) <b>Td</b> (столбнячно-дифтерийная)	__ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5	
<b>Tdap</b> (столбнячно-дифтерийно-бесклеточная коклюшная)	__ 1	6-7 классы: только дозы Tdap (или DTaP), полученные ребенком в возрасте 10 лет и старше; 9–12 классы: дозы, полученные в возрасте 7 лет и старше.
<b>IPV/OPV</b> (полиовакцина)	__ 1 __ 2 __ 3 __ 4	Результаты анализа крови по <u>всем трем серотипам</u> вируса полиомиелита для подтверждения иммунитета; дата анализа — не позднее сентября 2019 г.
<b>MMR (корь, свинка, краснуха)</b> (от кори, свинки и краснухи)	__ 1 __ 2	Принимается анализ крови для подтверждения иммунитета.
<b>НерВ</b> (от гепатита В)	__ 1 __ 2 __ 3	Принимается анализ крови для подтверждения иммунитета или хронического гепатита В.
<b>Ветряная оспа</b> (от ветряной оспы)	__ 1 __ 2	Принимается анализ крови для подтверждения иммунитета <b>ИЛИ</b> справка от врача о перенесенном заболевании.
<b>MenACWY</b> (менингококковая конъюгированная)	__ 1 __ 2	7-9 классы: только дозы MenACWY, полученные ребенком в возрасте 10 лет и старше; 10–12 классы: первая доза, полученная в возрасте до 10 лет.
<b>Hib</b> (от гемофильического гриппа типа b)	__ 1 __ 2 __ 3 __ 4	Дошкольные учреждения, Head Start, ясли, программы ЗК или Pre-K
<b>PCV</b> (пневмококковая конъюгированная)	__ 1 __ 2 __ 3 __ 4	Дошкольные учреждения, Head Start, ясли, программы ЗК или Pre-K
<b>Грипп</b>	__ 1	Дошкольные учреждения, Head Start, ясли, программы ЗК или Pre-K

**Примечание для медицинских работников.** Информация о SH65 (Медицинских требованиях на 2022-2023 уч. г.) и школьные медицинские формы находятся на сайте [schools.nyc.gov](http://schools.nyc.gov); в разделе Information for Providers («Информация для медицинских работников») введите в поисковое окно слово immunizations.

**Note to Providers:** Please go to [schools.nyc.gov](http://schools.nyc.gov) and search “immunizations” to review SH65 (Medical Requirements for School Year 2022-23) in the “Information for Providers” section and school immunization requirements-related forms.

Чтобы ребенок получил недостающую дозу, предъявите это письмо лечащему врачу. Если эти прививки **уже** сделаны, представьте директору школы справку об иммунизации или иммунитете. Альтернативные графики прививок не допускаются. С вопросами о требованиях закона о вакцинации школьников и местонахождении пунктов вакцинации обращайтесь по телефону **311**.

С уважением,