

## সতর্কতা: আপনার শিশুর টিকা দিবস

শিশুর নাম: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

স্কুল ID: \_\_\_\_\_ গ্রেড/ক্লাস: \_\_\_\_\_

স্কুল: \_\_\_\_\_ স্কুলের ফোন: \_\_\_\_\_

প্রিয় প্যারেন্ট/অভিভাবক:

আমরা আপনার সন্তানের টিকা প্রদানের রেকর্ড পর্যালোচনা করেছি এবং দেখেছি যে আপনার সন্তানের স্কুলে উপস্থিতির জন্য প্রয়োজনীয় টিকা(গুলি) অনুপস্থিত। অনুগ্রহ করে আপনার সন্তান নিচের তালিকায় উল্লিখিত যে টিকা পেয়েছে তার রেকর্ড প্রদান করুন। আমরা যদি এই রেকর্ডগুলি না পাই, জনস্বাস্থ্য আইন মোতাবেক, ধারা § 2164 অনুযায়ী, আপনার সন্তানকে আর \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ এর পরে স্কুলে উপস্থিত হওয়ার অনুমতি দেওয়া হবে না।

**অনুগ্রহপূর্বক লক্ষ্য করুন: যদি আপনার শিশু ন্যূনতম বয়স বা ব্যবধানের আগে টিকা গ্রহণ করে, তাহলে তা প্রয়োজনীয় মাত্রার ডোজের সংখ্যার সাথে গণনা করা হয় না।**

টিকা	প্রয়োজনীয় ডোজ সংখ্যা	নোটস (বয়স এবং গ্রেড বিবরণের জন্য SH65 দেখুন)
<b>ডিটিএপি (DTaP)</b> (ডিপথেরিয়া-টিটেনাস-অ্যাকেলুলার পার্টেসিস (Diphtheria-tetanus-acellular pertussis)) <b>ডিটিপি (DTP)</b> (ডিপথেরিয়া-টিটেনাস-পার্টেসিস (Diphtheria-tetanus-pertussis)) <b>টিডি (Td)</b> (টিটেনাস-ডিপথেরিয়া)	1ম 2য় 3য় 4র্থ 5ম	<ul style="list-style-type: none"> <li>প্রি-কিন্ডারগার্টেন (প্রি-কে) এর জন্য চার ডোজ।</li> <li>কিন্ডারগার্টেন (কে) থেকে গ্রেড 5 এর জন্য পাঁচ ডোজ; যদি DTaP এর 4<sup>র্থ</sup> ডোজ 4 বছর বা তার বেশি বয়সে পরিচালিত হয়ে থাকে, 5<sup>ম</sup> ডোজের প্রয়োজন হয় না এবং যদি সিরিজটি 7 বছর বা তার বেশি বয়সে শুরু হয় তবে মাত্র 3 মাত্রার প্রয়োজন হয়।</li> <li>গ্রেড 6 থেকে 12 এর জন্য তিন ডোজ।</li> </ul>
<b>Tdap</b> (ডিপথেরিয়া-টিটেনাস-অ্যাকেলুলার পার্টেসিস (Tetanus-diphtheria-acellular pertussis))	1ম	<ul style="list-style-type: none"> <li>গ্রেড 6 থেকে 12 এর মধ্যে সমস্ত 11 বছর বয়সী এবং তার বেশি বয়সী শিশুদের জন্য।</li> </ul>
<b>আইপিভি/ওপিভি (IPV/OPV)</b> (পোলিও)	1ম 2য় 3য় 4র্থ	<ul style="list-style-type: none"> <li>প্রি-কে, গ্রেড 5, 11 এবং 12 এর জন্য তিন ডোজ।</li> <li>গ্রেড কে থেকে 4 এবং গ্রেড 6 থেকে 10 এর মধ্যে চার ডোজ প্রয়োজন। যদি 3<sup>য়</sup> ডোজ 4 বছর বা তার বেশি বয়সে প্রাপ্ত হয়ে থাকে, তবে মাত্র 3 মাত্রা প্রয়োজন।</li> <li>সব গ্রেডের জন্য, চূড়ান্ত ডোজ 4 বছর বয়সে বা তার পরে এবং আগের ডোজের অন্তত 6 মাস পরে থাকা উচিত। রক্ত পরীক্ষা বা ইমিউনিটির প্রমাণ দেখায়, ক্রোট ডিন ধরনের পোলিও সেরোটাইপের প্রয়োজন হয়।</li> </ul>
<b>হিব (Hib)</b> (হিমোফিলাস ইনফ্লুয়েন্স টাইপ B (Haemophilus influenzae type b))	1ম 2য় 3য় 4র্থ	<ul style="list-style-type: none"> <li>শুধুমাত্র ডে কেমার এবং প্রি-কে শিশুদের জন্য: উপযুক্ত বয়স হিসেবে শৈশবের রুটিন এবং/অথবা ধারাবাহিক সময়সূচি অনুযায়ী টিকা দেওয়া উচিত।</li> </ul>
<b>এমএমআর (MMR)</b> (হাম, মামপস, রুবেলা)	1ম 2য়	<ul style="list-style-type: none"> <li>প্রি-কে এর জন্য 1<sup>ম</sup> জন্মদিন বা এর পরে এক ডোজ। গ্রেড কে থেকে 12 এর মধ্যে দুই ডোজ।</li> <li>একটি হাম-মর্টন টিকার প্রথম ডোজের 28 দিন বা তার বেশি সময় পরে দ্বিতীয় ডোজ (এমএমআর প্রদান করা) দেওয়া উচিত। যে সকল রক্ত পরীক্ষায় ইমিউনিটির প্রমাণ দেখায় তা গৃহীত হয়েছে।</li> </ul>
<b>হিপ বি</b> (হেপাটাইটিস বি)	1ম 2য় 3য়	<ul style="list-style-type: none"> <li>প্রি-কে থেকে গ্রেড 12 এর জন্য তিন ডোজ। যে সকল রক্ত পরীক্ষায় ইমিউনিটি বা মারাত্মক সংক্রমণের প্রমাণ দেখায় তা গৃহীত হয়েছে।</li> </ul>
<b>টিকেনফক্স</b> (টিকেনফক্স)	1ম 2য়	<ul style="list-style-type: none"> <li>প্রথম ডোজ 1<sup>ম</sup> জন্মদিন বা এর পরে প্রি-কে, গ্রেড 5, 11 এবং 12 এর জন্য</li> <li>গ্রেড কে থেকে 4 এবং 6 থেকে 10 এর জন্য অন্তত 28 দিনের ব্যবধানে দুই ডোজ। যে সকল রক্ত পরীক্ষায় ইমিউনিটির প্রমাণ দেখায় অথবা রোগের কাগজপত্র প্রদান করে তা গৃহীত হয়েছে।</li> </ul>
<b>পিচিভি (PCV)</b> (নিউমোকোকাল কনজুগেট (Pneumococcal conjugate))	1ম 2য় 3য় 4র্থ	<ul style="list-style-type: none"> <li>শুধুমাত্র ডে কেমার এবং প্রি-কে: উপযুক্ত বয়স হিসেবে শৈশবের রুটিন এবং/অথবা ধারাবাহিক সময়সূচি অনুযায়ী টিকা দেওয়া উচিত।</li> </ul>
<b>MenACWY</b> (মেনিংকোকাল কনজুগেট (Meningococcal Conjugate))	1ম 2য় 3য়	<ul style="list-style-type: none"> <li>গ্রেড 7, 8 এবং 9 এর জন্য এক ডোজ।</li> <li>গ্রেড 12 এর জন্য দুই ডোজ, অন্তত 16 বছর বা তার বেশি বয়সে অন্তত এক ডোজ গ্রহণ করা উচিত। যদি 1<sup>ম</sup> ডোজ 16 বছর বা তার বেশি বয়সে গ্রহণ করে থাকে, তবে মাত্র এক ডোজ প্রয়োজন।</li> </ul>

যদি আপনার সন্তান ইতোমধ্যেই এই টিকাসুলি পেয়ে থাকে, তাহলে আপনার স্কুলের নার্স বা প্রিন্সিপালের কাছে অফিসিয়াল রেকর্ড প্রদান করুন। অনুগ্রহপূর্বক 2018-2019 এ স্কুলের প্রয়োজনীয় টিকাদানের সময়সূচির একটি কপি যুক্ত করুন। আপনার সন্তানের টিকা পাওয়ার তথ্য সম্পর্কে আরো জানতে কল করুন **311**।

(Principal Name/Signature)