



Giấy Chứng Nhận về Tình Trạng Chích Ngừa (CIS)

DOH 348-013 January 2015 Vietnamese

Xin viết kiểu chữ in. Xem mặt sau để được chỉ dẫn về cách điền vào mẫu này hoặc in ra từ Hệ Thống Thông Tin Chích Ngừa.

Office Use Only:	
Reviewed by: _____	Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Tên Họ của Đứa Trẻ: _____	Tên Gọi: _____	Chữ Đầu của Tên Đệm: _____	Ngày Sinh (mm/dd/yyyy): _____	Giới Tính: _____
Các Ký Hiệu Dưới Đây: <input checked="" type="checkbox"/> Bắt Buộc cho Nhà Trường và Nơi giữ trẻ/Tiền mẫu giáo <input checked="" type="checkbox"/> Chỉ bắt buộc cho Nơi giữ trẻ/Tiền mẫu giáo <input type="checkbox"/> Đề nghị, nhưng không bắt buộc			Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trên mẫu này là đúng và có thể xác nhận được.	
			Cần có chữ ký của cha mẹ/người giám hộ _____	Ngày _____
			Cần có chữ ký của cha mẹ/người giám hộ _____	Ngày _____

Thuốc ngừa	Liều	Ngày		
		Tháng	Ngày	Năm
◆ Viêm Gan B (Hep B)				
	1			
	2			
	3			
hoặc Viên Gan B - 2 liều thời biểu thay thế dành cho thiếu niên				
	1			
	2			
■ Virút Gây Tiêu Chảy Rota (RV1, RV5)				
	1			
	2			
	3			
◆ Bạch Hầu, Uốn Ván, Ho Gà (DTaP, DTP, DT)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Bạch Hầu, Uốn Ván, Ho Gà (Tdap)				
	1			
■ Bạch Hầu, Uốn Ván (Td)				
	1			
	2			
● Haemophilus influenzae loại b (Hib)				
	1			
	2			
	3			
	4			
■ Cúm (cúm, gần đây nhất)				

Thuốc ngừa	Liều	Ngày		
		Tháng	Ngày	Năm
● Bệnh Nhiễm Phế Cầu Khuẩn (PCV, PPSV)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Bại Liệt (IPV, OPV)				
	1			
	2			
	3			
	4			
◆ Sởi, Quai Bị và Ban Đào (MMR)				
	1			
	2			
◆ Thủy Đậu (Đậu Mùa)				
	1			
	2			
■ Viêm Gan A (Hep A)				
	1			
	2			
■ Virút Papilloma ở Người (HPV) – không in từ IIS; viết tay ngày tháng năm				
	1			
	2			
	3			
■ Viêm Màng Não (MCV, MPSV)				
	1			
	2			

Nếu đứa trẻ có tên trên CIS này đã từng bị bệnh đậu mùa (và không phải là do thuốc chủng) quá trình bệnh phải được xác nhận.
Đánh dấu lựa chọn 1, 2, HOẶC 3 dưới đây – (xem #5 ở mặt sau).

1) Bệnh đậu mùa được xác nhận bởi dữ liệu in ra từ Hệ Thống Thông Tin Chích Ngừa (IIS)
 Phải được đánh dấu bởi dữ liệu in ra bằng máy tính (không phải bằng tay) để có hiệu lực.

2) Bệnh đậu mùa được xác nhận bởi Nhân Viên Y Tế (HCP)
 Nếu quý vị chọn ô này, đánh dấu 2A HOẶC 2B dưới đây.
 2A) ghi nhận có chữ ký của HCP đính kèm HOẶC
 2B) HCP ký tên ở đây và viết tên chữ in dưới đây:

Chữ Ký của Nhân Viên Y Tế Có Giấy Phép _____ **Ngày** _____
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Tên Viết Chữ In: _____

3) Bệnh đậu mùa được xác nhận bởi nhân viên nhà trường từ Hệ Thống Thông Tin Chích Ngừa

Nếu trẻ có thể cho thấy là miễn dịch qua thử máu (titer) và chưa từng chích ngừa, yêu cầu HCP của quý vị điền vào ô này.

Tài Liệu về Sự Miễn Dịch Căn Bệnh

Tôi xác nhận rằng đứa trẻ có tên trên CIS có bằng chứng của phòng thí nghiệm về sự miễn dịch (titer) đối với các căn bệnh được đánh dấu. (Các) báo cáo phòng thí nghiệm có chữ ký PHẢI cũng được đính kèm.

<input type="checkbox"/> Bạch Hầu	<input type="checkbox"/> Quai Bị	<input type="checkbox"/> Bệnh khác: _____
<input type="checkbox"/> Viêm Gan A	<input type="checkbox"/> Bại Liệt	_____
<input type="checkbox"/> Viêm Gan B	<input type="checkbox"/> Ban Đào	_____
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Uốn ván	_____
<input type="checkbox"/> Sởi	<input type="checkbox"/> Thủy Đậu	_____

Chữ Ký của nhân viên y tế (HCP) có giấy phép _____ **Ngày** _____
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Tên Viết Chữ In: _____

Các chỉ dẫn điền vào Giấy Chứng Nhận Tình Trạng Chích Ngừa (CIS): in ra từ Hệ Thống Thông Tin Chích Ngừa (IIS) hoặc điền vào bằng tay.

#1 Để in với thông tin đã điền: Trước hết, hỏi xem văn phòng cơ sở y tế có cho quá trình chích ngừa vào trong Hệ Thống Thông Tin Chích Ngừa WA (cơ sở dữ liệu trên toàn tiểu bang Washington) hay không. Nếu có, yêu cầu họ in CIS từ IIS và thông tin của con em quý vị sẽ tự động in vào. **Nhớ** duyệt qua mọi thông tin, **ký tên và ghi ngày CIS** vào ô phía trên bên phải, và gửi bản này lại cho trường hoặc nơi giữ trẻ. Nếu văn phòng của cơ sở cung cấp dịch vụ của quý vị không dùng IIS, hãy xin một bản sao hồ sơ chích ngừa của con em quý vị để quý vị có thể điền vào bằng tay qua việc dùng các bước #2-7 (dưới đây):

THÍ DỤ

#2 Để điền vào bằng tay: Viết chữ in tên của con quý vị, ngày sinh, phái tính, và tên của bản thân quý vị vào ô trên cùng.

#3 Viết vào mỗi loại thuốc ngừa mà con quý vị đã nhận đúng theo bệnh. Viết loại thuốc chích ngừa dưới cột "thuốc ngừa" và ghi ngày đã nhận mỗi liều vào các cột "Tháng," và "Ngày," và "Năm" (như mm/dd/yyyy). Thí dụ, nếu nhận DTaP vào ngày 12 tháng Giêng, 20 tháng Ba, 1 tháng Sáu, năm 2011, điền vào như cho thấy ở đây ►

Thuốc Ngừa	Liều	Ngày		
		Tháng	Ngày	Năm
◆ Bạch Hàu, Uốn Ván, Ho Gà (DTaP, DTP, DT)				
DTaP	1	01	12	2011
DTaP	2	03	20	2011
DTaP	3	06	01	2011

#4 Nếu con em quý vị nhận thuốc ngừa kết hợp (một mũi chích bảo vệ cho khỏi bị nhiều căn bệnh), Dùng Hướng Dẫn Tham Khảo dưới đây để ghi lại đúng mỗi loại thuốc ngừa. Thí dụ, ghi lại Pediarix trong phần Bạch Hàu, Uốn Ván, Ho Gà là **DTaP**, Viêm Gan B là **B Hep B**, và Bại Liệt là **IPV**.

#5 Nếu con của quý vị đã từng bị bệnh đậu mùa (thủy đậu) chứ không phải thuốc ngừa, **chỉ dùng một** trong bốn lựa chọn sau đây để ghi lại điều này trên CIS:

- Nếu CIS của con em quý vị được in trực tiếp từ IIS (bởi cơ sở y tế hoặc hệ thống nhà trường), và sự xác nhận về căn bệnh đã được tìm thấy, ô 1 được tự động đánh dấu. Để có hiệu lực, ô này phải được đánh dấu bởi dữ liệu in ra bằng máy tính của IIS (không phải bằng tay).
- Nếu nhân viên y tế của quý vị có thể xác nhận là con em quý vị đã từng bị bệnh đậu mùa, đánh dấu vào ô số 2. Sau đó đánh dấu vào hoặc là 2A để đính kèm một ghi nhận có chữ ký của HCP quý vị, hoặc 2B nếu HCP của quý vị ký tên và đề ngày vào chỗ được cung cấp, Phải chắc chắn là nguyên tên họ của nhân viên y tế cũng được in ra.
- Nếu nhân viên nhà trường tiếp cận IIS và thấy có sự xác nhận là con em quý vị đã từng bị bệnh đậu mùa, họ sẽ đánh dấu vào ô 3.

#6 Tài Liệu Ghi Lại Sự Miễn Nhiễm Bệnh Tật: Nếu con em quý vị cho thấy có sự miễn dịch qua thử máu (titer) và chưa từng được chích ngừa, hãy nhờ nhân viên y tế điền vào ô này. Yêu cầu nhân viên y tế đánh dấu vào (các) căn bệnh, ký tên, đề ngày, viết chữ in tên mình vào chỗ được cung cấp, và **đính kèm các bản báo cáo có chữ ký**.

#7 Nhớ **ký tên và đề ngày vào CIS** ở ô phía trên bên phải, và gửi lại cho nhà trường hoặc nơi giữ trẻ.

Hướng Dẫn Tham Khảo

Tổng Cục Y tế Dự phòng
 Bộ Y tế

Tên Biệt Dược của Các Loại Thuốc Ngừa theo thứ tự abc (Để có các danh sách cập nhật, viếng https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf)									
Tên Biệt Dược	Ngừa Bệnh	Tên Biệt Dược	Ngừa Bệnh	Tên Biệt Dược	Ngừa Bệnh	Tên Biệt Dược	Ngừa Bệnh	Tên Biệt Dược	Ngừa Bệnh
ActHIB	Hib	FluLaval	Flu	Ipol	IPV	PedvaxHIB	Hib	Twinrix (Twnrx)	Hep A + Hep B
Adacel	Tdap	FluMist	Flu	Infanrix	DTaP	Pentacel (Pntcl)	DTaP + Hib + IPV	Vaqta	Hep A
Afluria	Flu	Fluvirin	Flu	Kinrix (Knrx)	DTaP + IPV	Pneumovax	PPSV or PPV23	Varivax	Varicella
Boostrix	Tdap	Fluzone	Flu	Menactra	MCV or MCV4	Prevnar	PCV or PCV7 or PCV13		
Cervarix	HPV2	Gardasil	HPV4	MenHibrix (Mnhbrx)	Meningococcal C/Y-HIB-PRP	ProQuad (PrQd)	MMR + Varicella		
Daptacel	DTaP	Havrix	Hep A	Menomune	MPSV or MPSV4	Recombivax HB	Hep B		
Engerix-B	Hep B	Hiberix	Hib	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Fluarix	Flu	HibTITER	Hib	Pediarix (Pdrx)	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		

Tên Viết Tắt về Thuốc Ngừa theo thứ tự abc (Để có danh sách cập nhật, visit https://fortress.wa.gov/doh/cpir/iweb/homepage/completelistofvaccinenames.pdf)							
Chữ Viết Tắt	Loại Thuốc Ngừa viết tên đầy đủ	Chữ Viết Tắt	Loại Thuốc Ngừa viết tên đầy đủ	Chữ Viết Tắt	Loại Thuốc Ngừa viết tên đầy đủ	Chữ Viết Tắt	Loại Thuốc Ngừa viết tên đầy đủ
DT	Bạch Hầu, Uốn Ván	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	Viêm Gan A Viêm Gan B	MPSV or MPSV4	Thuốc Polysacant Phòng Ngừa Viêm Màng Não Mô Cầu	Rota (RV1 or RV5)	Virút Gây Tiêu Chảy Rota
DTaP	Bạch Hầu, Uốn Ván, Ho Gà vô bào	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> loại b	MMR / MMRV	Sởi, Quai Bị, Ban Đào/với Đậu Mùa	Td	Uốn Ván, Bạch Hầu
DTP	Bạch Hầu, Uốn ván, Ho Gà	HPV	Virút Papilloma ở Người	OPV	Thuốc Ngừa Virút Bại liệt Dạng Uống	Tdap	Uốn Ván, Bạch Hầu, Ho Gà vô bào
Flu (IIV hoặc LAIV)	Cúm	IPV	Thuốc Ngừa Virút Bại liệt Đã Khử Hoạt	PCV hoặc PCV7 hoặc PCV13	Thuốc Kết Hợp Phòng Ngừa Viêm Phế Cầu Khuẩn	TIG	Globulin Miễn Nhiễm Uốn ván
HBIG	Globulin Miễn Nhiễm Viêm Gan B	MCV hoặc MCV4	Thuốc Kết Hợp Phòng Ngừa Viêm Màng Não Mô Cầu	PPSV hoặc PPV23	Thuốc Polysacant Phòng Ngừa Viêm Phế Cầu Khuẩn	VAR hoặc VZV	Đậu Mùa

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần tài liệu này dưới một dạng khác, xin gọi số 1-800-525-0127 (TDD/TTY 711).

Vietnamese DOH 348-013 January 2015