

ዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ሁለ አቀፍ የጤና አገልግሎት የምስክር ወርቀት
(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

ክፍል 6፣ የክትባት መረጃ (Part 6: IMMUNIZATION INFORMATION)

አጠቃላይ መረጃ (General Instructions) እባክዎን ቅጹን ሲሞሉ ጥቁር ቀለም ባለው እስከረገፍ ወይንም ብእር ይጠቀሙ። የልጅ/የተማሪ ግላዊ መረጃ፣ የልጁን/የተማሪውን የአባት ስም፣ የራስ መጠሪያ ስም፣ ይጻፉ። የትውልድ ዘመንን ወር/ቀን/ዓመት አድርገው ይጻፉ። የልጅ/የተማሪ ጾታ ስት ወይንም ወንድ በሚለው ላይ ምልክት በማድረግ ያመልክቱ። ልጅ የሚማርበትን ትምህርት ቤት ወይንም የሕጻናት መዋዕል ድርጅትን ስም ይጻፉ።

ክፍል 1፣ የክትባት መረጃ (Section 1: Immunization Information) – ክትባት (ቶች) የተሰጠበት ወይንም የተሰጠባቸውን (ወር/ቀን/ዓመት (mm/dd/yy)) በግልጽ ያመልክቱ ወይንም የጤና ጠባቂውን አድራሻ፣ የስልክ ቁጥር እና ቀኑን የሚያመለክት አቶ የሆነ ቅጂ አያይዙ። ክትባቶች አግባብነት ባለው ሁኔታ በአማካይ የተራራቁ እና በተገቢው እድሜ የተሰጡ መሆን አለባቸው። የክትባት ልክ መጠን፣ ከአንስተኛው የመራራቅ ጊዜ ወይንም እድሜ በፊት 4 ቀን ቀድሞ ብለው የሚሰጡ ክትባቶች ሁሉ ተገቢነት አላቸው ተብለው ይቆጠራል። ልዩ ሁኔታ፣ ሁለት ትኩስ በዚያው በአንድ ቀን ውስጥ ያልተሰጡ ክትባቶች በአንስተኛው በ 28 ቀናት ውስጥ ተረርቀው የተሰጡ መሆን አለባቸው።

ተማሪዎች በዲ.ሲ. ሕግ 3-20 (D.C. Law 3-20) መሠረት እንዲከተቡ ይደረጋል። “ተማሪዎች ክትባት የ 1979 ሕገ ደንብ” “Immunization of School Students Act of 1979” እና የ DCMR Title 22, Chapter 1 እና በበሽታ ቁጥጥር ማዕከል የተዘጋጀው ክትባት፣ የመስጫ ጊዜ እና በበሽታ መቆጣጠሪያ (Centers for Disease Control (CDC)) ስለ ክትባት አሰጣጥ ልምዶች አማካሪ ኮሚቴ (Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)) እና የአሜሪካን የቤተሰብ ህኪም አካዳሚ (the American Academy of Pediatrics (AAP)) መሠረት ተማሪዎች እንዲከተቡ ይደረጋል።

አስፈላጊ ሁኔታዎች ((Requirements) – ለዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ትምህርት ቤት እና ለሕጻናት ጥበቃ ድርጅቶች ለመግባት ስለሚያስፈልጉ ክትባቶች ጉዳይ የጤና ጥበቃ ክትባት ፕሮግራም መምሪያ (Department of Health Immunization Program) ድረ ገጽ የሆነውን <https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp> ይቃኙ።

ተፈላጊ የሆኑ ክትባቶች ሊለወጡ የሚችሉ ናቸው።

Reference Guide

(የክትባት መታወቂያ ስሞች በፊደል ተራ ቅደም ተከተል (Vaccine Trade Names in alphabetical order))
 (ወቅቱን ተከትለው ለተቀመጡ ዝርዝሮች <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf> ን ይቃኙ)

መታወቂያ ስም	ክትባት (Vaccine)	መታወቂያ ስም	ክትባት (Vaccine)	መታወቂያ ስም	ክትባት (Vaccine)	መታወቂያ ስም	ክትባት (Vaccine)	መታወቂያ ስም	ክትባት (Vaccine)
ActHIB	Hib	Engerix-B	HepB	Ipol	IPV	Pneumovax	PPSV or PPV23	Vaqa	HepA
Adacel	Tdap	Fluarix	Flu(IV)	Infanrix	DTaP	Prevnar	PCV or PCV7or PCV13	Varivax	Varicella
Afluria	Flu(IV)	FluLaval	Flu(IV)	Kinrix	DTaP +IPV	ProQuad	MMR +Varicella		
Boostrix	Tdap	FluMist	Flu(L AIV)	Menactra	MCV or MCV4	Recombivax	HepB		
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Flu(IV)	Menomune	MPSVor MPS V4	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Comvax	Hep B+Hib	Fluzone	Flu(IV)	Pediarix	DTaP + Hep B+IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		
Daptacel	DTaP	Gardasil	HPV4	Pedvax HIB	Hib	Tripedia	DTaP		
Decavac	Td	Havrix	Hep A	Pentacel	DTaP + Hib+IPV	Twinrix	Hep A + HepB		

(የክትባት ምሳሌ ቃል በፊደል ተራ ቅደም ተከተል (Vaccine Abbreviations in alphabetical order))
 (ወቅቱን ተከትለው ለተቀመጡ ዝርዝሮች <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf>) ን ይቃኙ

ምሳሌ ቃል	ክትባት ስም	ምሳሌ ቃል	ክትባት ስም	ምሳሌ ቃል	ክትባት ስም	ምሳሌ ቃል	ክትባት ስም
DT	Diphtheria, Tetanus	Hep A(HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A/Hepatitis B	MPSVor MPSV4	Meningococcal Polysaccharide Vaccine	Rota (RV1 orRV5)	Rotavirus
DTaP	Diphtheria, Tetanus,acellularPertussis	Hib	Haemophilus influenza typeb	MMR /MMRV	Measles,Mumps, Rubella/withVaricella	Td	Tetanus,Diphtheria
DTP	Diphtheria, Tetanus,Pertussis	HPV	HumanPapillomavirus	OPV	OralPoliovirus Vaccine	Tdap	Tetanus,Diphtheria,acellularPertussis
Flu (IV orLAIV)	Influenza	IPV	Inactivate dPoliovirusVaccine	PCV orPCV7or PCV13	PneumococcalConjugateVaccine	TIG	Tetanus immune globulin
HBIG	HepatitisBimmuneGlobulin	MCVor MCV4	MeningococcalConjugateVaccine	PPSVor PPV23	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine	VAR orVZV	Varicella

ክፍል 2፣ ከመከተብ የሚያስቀድሙ ሁኔታዎች (Section 2: Medical Exemption) – ልጁ ጊዜውን የጠበቀ እና ከዲ.ሲ. ሕግ 3-20 (D.C. Law 3-20) እና ለ ACIP የመፍትሄ ሀሳቦች በሚጣጣም ሁኔታ አንድ ወይንም ከዚህ በላይ የሆኑ ክትባቶች ልጁን ከመከተብ የሚያግደው የህክምና ሁኔታ ካለ ይህንን ክፍል አጠናቀው ይሙሉ። የሚጣሉ ክትባቶች (contraindication) መኖር አለመኖራቸውን ያጣሩ እና ስለመጣላቸው ጉዳይ ምክንያቶቹን ያቅርቡ። ከመከተብ መታቀብ ቋሚ የሆነ ሁኔታ ከሆነ ተገቢውበታ ላይ ምልክት ያድርጉ እና የክትባት ጊዜ የሚያልፍበት ከሆነ የሚያልፍበትን ቀን በመጥቀስ ጊዜውን ያመልክቱ። የጤና አገልግሎት ሰጪው ባለሙያ ስሙን በጉልህ መጻፍ፣ የስልክ ቁጥሩን ማስፈር ወይንም ቀኑን በዚህ ክፍል ላይ መጻፍ እና መፈረም አለበት።

ክፍል 3፣ ተለዋጭ የተፈጥሮ መከላከያ የመኖር ማረጋገጫ (Section 3: Alternative Proof of Immunity) – የተፈጥሮ መከላከያ ለመኖሩ በደም ውስጥ ምን ያህል ምን ያህል የመድኃኒቱ ወይንም የጸረ ተዋህሶ መጠን እንዳለ (blood titer) እንዳለ ለማወቅ የክትባቱን (ቶችን) ወይንም ያጣሩ። የውጤቶቹን ማረጋገጫ ቅጂ ያያይዙ። ህክምና ሰጪው ባለሙያ በዚህ ክፍል ላይ መፈረም፣ ስሙን፣ አድራሻውን፣ የስልክ ቁጥሩን ይጻፉ ወይንም ማግኘት ያረፈበትን ቀን ያስፍሩ።