

ዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ሁለ አቀፍ አጠቃላይ የጤንነት ማስረጃ የምስክር ወረቀት
(DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE)

የአባት ስም፣

የተማሪው ስም

የትውልድ ዘመን፣

ክፍል 1: ከትባት፣ አባክምን ቅጹን ይሙሉት ወይም ከዚህ ጋር ተስተካካይ የሆነ የጤና አገልግሎት የፈረመበት እና ቀኑ የሰፈረበት ቅጂ ያያይዙ።							
ከትባቶች	1	2	3	4	5	6	7
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DTaP)							
DT (<7 yrs.)/ Td (>7 yrs.)							
Tdap ማጠናከሪያ (Booster)							
Haemophilus influenzae Type b (Hib)							
የወፍ በሽታ (Hepatitis B) (HepB)							
ለምሽ (Polio (IPV, OPV))							
ሚዝልስ፣ ሙፕስ፣ ሩብላ (Measles, Mumps, Rubella) (MMR)							
ሚዝልስ (Measles)							
የምሪቅ አጢዎችን የሚያሳብጥ በሽታ (Mumps)							
ሩብላ (Rubella)							
አንድ ኩፍኝ ያለ ተላላፊ የልጆች በሽታ (Varicella)							
			በኩፍኝ በሽታ ተይዞ የሰፈረ ለምሳሌ፡- አምስት ሙቆ፣ ወር _____ ዓመት _____ ተረጋግጧል፡ _____ (የጤና ባለሙያው) ስም እና ማዕከላዊ				
ኒሞኮካል ኮንጅጌት (Pneumococcal Conjugate)							
የወፍ በሽታ A (HepA) (በዚህ ዕለት ወይም 01/01/2005 በኋላ የተወለደ)							
Meningococcal ከትባት							
Human Papillomavirus (HPV)							
የአንፍሎዌንዝ ወረርሽኝ (የሚያስፈልግ) (Influenza) (Recommended)							
ሮታ ቫይረስ (የሚያስፈልግ) (Rotavirus) (Recommended)							
ለሌሎች							

ፈቃድ የተሰጠው የጤና ባለሙያ ፈርማ _____ ስምዎን ያትሙ ወይም ማገተም ያድርጉ _____ ቀን _____

ክፍል 2: ከህክምና እና ሙሽን ለጤና አገልግሎት ሰጭ ድርጅት መጠቀሚያ ብቻ የሚውል።

ከላይ የተመለከተው ተማሪ፣ ከሚከተሉት ውስጥ ጊዜውን የጠበቀ ከትባት ለመከተብ የማያስችለው ተቀባይነት ያለው የህክምና ምክንያቶች ያሉት ሙሽንን አረጋግጣለሁ። (በሚመለከተው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ)

ዲፍቴሪያ (Diphtheria) () ሙሽን ቆልፍ () ፐርቱሲስ (Pertussis): () ዘብ: () ዘብB: () ለምሽ () ሚዝልስ (Measles): () ሙፕስ (Mumps): () ሩብላ (Rubella): () ቫርሲላ (Varicella): () ኒሞኮካል (Pneumococcal): () ዘብA: () ሜንጅኮካል (Meningococcal): () ሲቲቲ (HPV): ()

ምክንያት፣ _____

ይህ የቆይታ ችግር ነው () ወይም ጊዜያዊ ችግር ነው () እስከ _____ / _____ / _____ ድረስ

ፈቃድ የተሰጠው የህክምና ባለሙያ ፈርማ _____ ስምዎን ያትሙ ወይም ማገተም ያድርጉ _____ ቀን _____

ክፍል 3: ከከትባት እና የሙሽን አግራጭ ማስረጃ ለጤና ጠባቂው ድርጅት ወይም የጤና ባለሙያ የሚሞላ።

ከላይ ስሙ የተመለከተው ተማሪ ከከትባት እና የሚያደርገው የላቦራቶሪ ማስረጃ ያለው ሙሽንን አረጋግጣለሁ። (በሚመለከተው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ እና የውጤቱን ቅጂ ያያይዙ)

ዲፍቴሪያ (Diphtheria) () ሙሽን ቆልፍ () ፐርቱሲስ (Pertussis): () ኤችአይቢ (Hib) () ዘብB: () ለምሽ () ሚዝልስ (Measles): () ሙፕስ (Mumps): () ሩብላ (Rubella) () ቫርሲላ (Varicella): () ኒሞኮካል (Pneumococcal): () ዘብA: () ሜንጅኮካል (Meningococcal): () ሲቲቲ (HPV): ()

ፈቃድ የተሰጠው የህክምና ባለሙያ ፈርማ _____ ስምዎን ያትሙ ወይም ማገተም ያድርጉ _____ ቀን _____