

स्वास्थ्य केन्द्र र चाहिने रेकोर्डहरूको बारे तल दिइएको पत्र हेर्नु होला

फिलाडेल्फिया नगरपालिका
सार्वजनिक स्वास्थ्य बिभाग
रोग नियन्त्रन बिभाजन
खोप कार्यक्रम

सारंशा : २०१५ देखी २०१६ बिद्यालय भर्नाको लागि फिलाडेल्फिया खोप आवश्यकताहरु

कक्षा	खोप	आवश्यक खोपहरु
किन्डरगार्टेन देखी कक्षा १	डिपथेरिया र टिटानस पेरटुसिस..... पोलियो..... दादुरा..... मम्प्स..... रुबेला हेपटाइटिस बि भारीसेला	४ चोटि: चौथो जन्मदिन मा वा पछाडि दिनु पर्ने (DTaP/DTP/DT/Td) ४ चोटि: चौथो जन्मदिन मा वा पछाडि दिनु पर्ने (DTaP वा DTP) ३ चोटि: (OPV/IPV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) ३ चोटि: (HBV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (Varicela वा MMRV) वा प्रयोगशाला मा परिक्षा गरिएर दादुराबाट अनुमुक्तीको ईतिहास भएको कागज पत्र वा आमा बुवा, अभिभावक वा चिकित्सकले दादुराबाट अनुमुक्तीको इतिहासको बारे लेखेको बयान।
२ देखी ५ कक्षा र ८ देखी १२ कक्षा	डिपथेरिया र टिटानस पोलियो..... दादुरा..... मम्प्स..... रुबेला हेपटाइटिस बि भारीसेला	४ चोटि: चौथो जन्मदिन मा वा पछाडि दिनु पर्ने (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** ३ चोटि: (OPV/IPV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) १ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) ३ चोटि: (HBV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (Varicela वा MMRV)*
६ देखी ७ कक्षा	डिपथेरिया र टिटानस पेरटुसिस..... पोलियो..... दादुरा..... मम्प्स..... रुबेला हेपटाइटिस बि भारीसेला	४ चोटि: कम्तीमा एक चोटि चौथो जन्मदिन मा वा पछाडि (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** १ चोटि: कम्तीमा एक चोटि चौथो जन्मदिन मा वा पछाडि (Tdap) ३ चोटि: (OPV/IPV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) १ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MMR वा MMRV) ३ चोटि: (HBV) २ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (Varicela वा MMRV)* १ चोटि: पहिलो जन्मदिन मा वा पछाडि (MCV4)

उल्लेख: पेन्सलभेनीया राज्यको नितीले तोकेको आवश्यकताहरु - उप भाग C. IMMUNIZATION §23.81, मा भएको मे २८, २०१० मा संशोधन गरेको र अगस्ट १ २०११ देखी लागु भएको र २००९ सालमा प्रकाशित गरिएको फिलाडेल्फिया स्वास्थ्य बोर्डको भर्खरे जन्मेको, बालक र किशोरिहरुको स्वास्थ्यका नियम कानूनको आवश्यकताहरु

* प्रयोगशाला मा परिक्षा गरिएर दादुराबाट अनुमुक्तीको ईतिहास भएको कागज पत्र वा आमा बुवा, अभिभावक वा चिकित्सकले दादुराबाट अनुमुक्तीको इतिहासको बारे लेखेको बयान।

** ७ जन्म दिनमा वा जन्मदिन भन्दा पछाडि सुरु गरिएको खण्डमा र एक चोटि Tdap दिएको खण्डमा TD भएको खोप खाली ३ चोटि दिनु पर्छ।

Health Center 2

1720 S. Broad Street
Philadelphia, PA 19145
215-685-1803

Health Center 3

555 S. 43rd Street
Philadelphia, PA 19104
215-685-7504

Health Center 4

4400 Haverford Avenue
Philadelphia, PA 19104
215-685-7601

Health Center 5

1900 N. 20th Street
Philadelphia, PA 19121
215-685-2933

Health Center 6

321 W. Girard Avenue
Philadelphia, PA 19123
215-685-3800

Health Center 9

131 E. Cheltenham Avenue
Philadelphia, PA 19144
215-685-5701

Health Center 10

2230 Cottman Avenue
Philadelphia, PA 19149
215-685-0639

Strawberry Mansion Health Center

2840 Dauphin Street
Philadelphia, PA 19132
215-685-2400

कृपया यो फारम भरी आफ्नो बालकको खोप रेकोर्ड सँग आफ्नो परिवारको डाक्टरलाई खोपको आवश्यकताहरु पुरा गरेको भनेर प्रमाणित गर्न प्रदान गर्नु होला। आफ्नो बालकको भर्नाको लागि कृपया डाक्टरलाई एउटा बयान लेख्न अनुरोध गर्नु होला।



**CITY OF PHILADELPHIA
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
DIVISION OF DISEASE CONTROL
IMMUNIZATION PROGRAM**

**Summary: Philadelphia Immunization Requirements
For School Entry, 2015-2016**

Grades	Vaccines	Requirements
K – 1	Diphtheria & Tetanus..... Pertussis..... Polio..... Measles..... Mumps..... Rubella..... Hepatitis B..... Varicella.....	4 Doses: at least one on/after 4 th birthday (DTaP/DTP/DT/Td) 4 Doses: at least one on/after 4 th birthday (DTaP or DTP) 3 Doses: (OPV/IPV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 3 Doses: (HBV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (Varicella or MMRV) or documentation of chickenpox immunity proven by laboratory testing or a written statement of prior chickenpox disease from a healthcare provider
2-5 and 8-12	Diphtheria & Tetanus..... Polio..... Measles..... Mumps..... Rubella..... Hepatitis B..... Varicella.....	4 Doses: at least one on/after 4 th birthday (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** 3 Doses: (OPV/IPV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 1 Dose: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 3 Doses: (HBV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (Varicella or MMRV) *
6-7	Diphtheria & Tetanus..... Pertussis..... Polio..... Measles..... Mumps..... Rubella..... Hepatitis B..... Varicella..... Meningococcal.....	4 Doses: at least one on/after 7 th birthday (DTaP/DTP/DT/Td/Tdap)** 1 Dose: at least one on/after 7 th birthday (Tdap) 3 Doses: (OPV/IPV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 1 Dose: on/after 1 st birthday (MMR or MMRV) 3 Doses: (HBV) 2 Doses: on/after 1 st birthday (Varicella or MMRV) * 1 Dose: on/after 2 nd birthday (MCV4)

References: Requirements from The Pennsylvania Code – Subchapter C. *IMMUNIZATION* §23.81, amended May 28, 2010, effective August 1, 2011, and from the Philadelphia Board of Health *Regulations Governing the Health of Newborns, Children and Adolescents*, published 2009.

* Or documentation of a history of chickenpox immunity proven by laboratory testing or a written statement of history of chickenpox disease from a parent, guardian or physician.

** Only 3 doses of Td-containing vaccine are necessary if series is started on/after 7th birthday, if at least one dose is given as Tdap.