

## МЕДИЦИНСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К НОВЫМ УЧАЩИМСЯ, ПОСТУПАЮЩИМ В ШКОЛУ

(МУНИЦИПАЛЬНЫЕ, ЧАСТНЫЕ, ПРИХОДСКИЕ ШКОЛЫ И ЦЕНТРЫ ДНЕВНОГО УХОДА)

Все детям, поступающим в школы г. Нью-Йорка,  
требуется пройти

### Полный медосмотр и полную иммунизацию

В форму полного медицинского обследования детей и подростков (CH205, Child Adolescent Health Examination Form) включена следующая информация:

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| ✓ Вес                     | ✓ Анализ питания           |
| ✓ Рост                    | ✓ Проверка зрения          |
| ✓ Индекс массы тела (BMI) | ✓ Проверка слуха           |
| ✓ Давление                | ✓ Проверка состояния зубов |
| ✓ Медицинский анамнез     | ✓ Оценка развития          |

*Только для детских садов:*

Анализ на анемию (гематокрит или гемоглобин)

Проверка на отравление свинцом

- Проверка детей в возрасте до 6 лет на возможное отравление свинцом должна проводиться ежегодно.
- Анализ крови проводится всем детям в возрасте в возрасте 1 года и 2 лет И детям до 6 лет в группе риска ИЛИ не имеющим документального подтверждения о проведении анализа.
- За дополнительной информацией обращайтесь по телефону 311 в программу предотвращения отравления свинцом (Lead Poisoning Prevention Program)

**При переходе из подготовительного класса (Pre-k) в подготовительный (K) необходимо подать новую форму CH205 (CHILD ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM)**

Общегородские контактные номера Отдела школьного здравоохранения  
Для всех школьных округов (1-32)  
**(347) 396-4597**  
**(347) 396-4503**

## ТРЕБОВАНИЯ К ИММУНИЗАЦИИ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА

**Законодательно установленные требования к иммунизации.  
Невыполнение влечёт за собой отстранение от занятий.**

Требования к детям от 2 месяцев до 18 лет. Иммунизация считается полной при наличии у ребёнка всех нижеуказанных прививок в соответствии с его классом в данном учебном году.

### ПОЛНОЕ СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ

<u>ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ / ПРЕДПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ КЛАСС (PRE-K)</u>	<u>Кол-во доз</u>
DTaP (дифтерийно-столбнячно-бесклеточная коклюшная) ИЛИ DTP (дифтерийно-столбнячно-коклюшная).....	4 Четвёртая доза не ранее 6 месяцев после третьей.
Полиовакцина IPV (inactivated poliovirus) или OPV (oral poliovirus) .....	3
MMR (корь, свинка, краснуха) .....	1 Одна доза в возрасте одного года и старше.
Hib (гемофильная инфекция типа b) .....	1, 2 или 3 Одна доза для детей от 15 месяцев и старше. Детям младше 15 месяцев в зависимости от возраста.
Hepatitis B (гепатит B) .....	3
Varicella (ветряная оспа) .....	1 Одна доза в возрасте одного года и старше.
PCV (пневмококковая конъюгированная) .....	1, 2 или 3 Всем детям 2008 года рождения и моложе в зависимости от возраста.
<u>ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ КЛАСС (KINDERGARTEN)</u>	
DTaP или DTP .....	4 Четвёртая доза не ранее 6 месяцев после третьей.
OPV или IPV .....	3
MMR .....	2 Первая доза в возрасте одного года и старше и вторая доза вакцины с противокоревым компонентом (предпочтительно MMR) – не ранее 28 дней после первой дозы.
Hepatitis B .....	3
Varicella .....	1* Одна доза в возрасте одного года и старше.

<u>КЛАССЫ 1 – 12</u>	<u>Кол-во доз</u>
DTaP, DTP, DT, Td (столбнячно-дифтерийная) ИЛИ Tdap (столбнячно-дифтерийно-бесклеточная коклюшная) .....	3 Соответствующий возрасту тип вакцины.
Tdap .....	1 Детям 1994 года рождения и моложе, учащимся 6 - 12 кл.
IPV или OPV .....	3
MMR .....	2 Первая доза в возрасте одного года и старше и вторая доза вакцины с противокоревым компонентом (предпочтительно MMR), – не ранее 28 дней после первой дозы.
Hepatitis B .....	3# (Детям 11-15 лет могут быть даны 2 дозы взрослой вакцины Merck Recombivax HB® с интервалом не менее 4 месяцев. Точная документация типа вакцины и количества доз).
Varicella .....	1* Всем детям 1994 года рождения и моложе – одна доза в возрасте одного года и старше.
* Хотя от ветряной оспы требуется только одна доза вакцины, всем детям рекомендуется повторная вакцинация.	
# Указание торговых марок не означает рекомендации продукта со стороны Департамента здравоохранения г. Нью-Йорка.	

### У С Л О В Н О Е   З А Ч И С Л Е Н И Е

Вновь поступающие учащиеся могут быть зачислены условно при наличии справки о проведении в течение предыдущих двух месяцев первоначальной серии прививок. В этом случае необходимо завершение вакцинации в следующем порядке: (1) от дифтерии, полиомиелита и гепатита B – с интервалом не более 2 месяцев между первой и второй дозами, и не более 6 месяцев между второй и третьей дозами; (2) от кори, предпочтительно MMR, – с интервалом не более 2 месяцев между первой и второй дозами. Полная иммунизация является законодательным требованием. Учащиеся, не завершившие иммунизацию в указанные сроки, предупреждаются, а затем отстраняются от занятий до выполнения всех требований.

<u>ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ / ПРЕДПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ КЛАСС (PRE-K)</u>	<u>Кол-во доз</u>
DTaP (дифтерийно-столбнячно-бесклеточная коклюшная) ИЛИ DTP (дифтерийно-столбнячно-коклюшная).....	1
Полиовакцина IPV (inactivated poliovirus) или OPV (oral poliovirus) .....	1
MMR (корь, свинка, краснуха) .....	1 В возрасте одного года и старше.
Hib (гемофильная инфекция типа b) .....	1
Hepatitis B (гепатит B) .....	1
Varicella (ветряная оспа) .....	1 В возрасте одного года и старше.
PCV (пневмококковая конъюгированная) .....	1 Всем детям 2008 года рождения и моложе.

<u>ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ КЛАСС, КЛАССЫ 1 – 12</u>	<u>Кол-во доз</u>
DTaP, DTP, DT, Td (столбнячно-дифтерийная) ИЛИ Tdap (столбнячно-дифтерийно-бесклеточная коклюшная) .....	1 Соответствующий возрасту тип вакцины.
Tdap (с 1 сентября 2007 г.) .....	1 Детям 1994 года рождения и моложе, учащимся 6 - 12 кл.
IPV или OPV .....	1
MMR .....	1 В возрасте одного года и старше.
Hepatitis B .....	1
Varicella (классы 1 – 12) .....	1* Всем детям 1994 года рождения и моложе – одна доза в возрасте одного года и старше.

За подробной информацией об иммунизации и пунктах вакцинации обращайтесь по телефону **311**. Подробнее о рекомендуемом графике иммунизации на вебсайте <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>