Department of Health and Mental Hygiene
Mary T. Bassett, MD, MPH
nyc.gov/health

Department of Education
Carmen Fariña
schools.nyc.gov/

Сентябрь 2014 г.

МЕДИЦИНСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К НОВЫМ УЧАЩИМСЯ

(МУНИЦИПАЛЬНЫЕ, ЧАСТНЫЕ, ПРИХОДСКИЕ ШКОЛЫ И ЦЕНТРЫ ПРИСМОТРА ЗА ДЕТЬМИ)

ВСЕ УЧАЩИЕСЯ, ПОСТУПАЮЩИЕ В ШКОЛЫ г. НЬЮ-ЙОРКА, ДОЛЖЫ ПРОЙТИ ПОЛНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ИМЕТЬ ВСЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПРИВИВКИ.

Результаты обследования должны фиксироваться в Форме полного медицинского обследования детей и подростков (CH205) и включать следующую информацию:

Вес	Рост	Давление	Индекс массы тела (BMI)	Зрение
Слух	Зубы	Медицинский анамнез	Оценка развития	Анализ питания

Форма CH-205 должна быть заполнена не ранее 1 апреля года поступления в школу. Обследования, проведенные до 1 апреля, не принимаются. Формы CH-205, содержащие информацию об иммунизации учащегося, можно получить через Иммунизационный реестр г. Нью-Йорка (New York City Immunization Registry, CIR). Детям, переходящим из предподготовительного (Pre-K) в подготовительный класс, требуется представить новую форму.

Обязательные анализы только для центров присмотра за детьми	
Анализы	Требуемая информация
Анемия	Гематокрит и гемоглобин
Наличие свинца	• *Оценка риска свинцового отравления у детей в возрасте до 6 лет должна проводиться ежегодно.* • *Анализ крови на свинец требуется детям в возрасте 1 года и 2 лет, детям до 6 лет в группе риска ИЛИ при отсутствии документа о ранее сделанном анализе.* • *За дополнительной информацией обращайтесь по тел. 311 в программу профилактики свинцовых отравлений (Lead Poisoning Prevention Program)*

ИММУНИЗАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ – 2014–15

Следующие требования к иммунизации являются законодательно установленными для всех детей от 2 месяцев до 18 лет. В случае их невыполнения учащиеся к занятиям не допускаются.

Полная иммунизация означает наличие в медицинской карте отметок обо всех прививках, обязательных для учащихся данного учебного уровня.

УСЛОВНОЕ ЗАЧИСЛЕНИЕ

Условное зачисление новых учащихся допустимо по справке о наличии следующих первоначальных прививок. Для продолжения обучения в школе непосредственно после зачисления требуется проведение последующей иммунизации в порядке, предусмотренном Консультативным комитетом по иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Информация о графике прививок имеется на сайте http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/catchup.html. Другие графики не допускаются. Полная иммунизация является законодательным требованием. Учащиеся, не завершившие иммунизацию в указанные сроки, предупреждаются, а затем отстраняются от занятий вплоть до выполнения всех требований.

ЦЕНТРЫ ПРИСМОТРА ЗА ДЕТЬМИ/PRE-K	К-ВО ДОЗ
DTaP (дифтерийно-столбнячно-бесклеточная коклюшная) ИЛИ DTP (дифтерийно-столбнячно-коклюшная)	1
Полиовакцина IPV (инактивированный полиовирус) или OPV (пероральный полиовирус)	1
MMR (корь, свинка, краснуха) Одна доза в возрасте одного года и старше.	1
Hib (гемофильная инфекция типа b)	1
Гепатит B	1
Ветряная оспа Одна доза в возрасте одного года и старше.	1
PCV (пневмококковая конъюгированная)	1
Грипп	1
В зависимости от предшествующей вакцинации в отдельных случаях детям могут требоваться 2 дозы противогриппозной вакцины.	

ЦЕНТРЫ ПРИСМОТРА ЗА ДЕТЬМИ/PRE-K	К-ВО ДОЗ
DTaP, DTP, DT, Td (столбнячно-дифтерийная) ИЛИ Tdap (столбнячно-дифтерийно-бесклеточная коклюшная) Соответствующий возрасту тип вакцины.	1
Tdap	**1**
IPV или OPV	**1**
MMR (корь, свинка, краснуха) Одна доза в возрасте одного года и старше.	**1**
Гепатит B	**1**
Ветряная оспа Одна доза в возрасте одного года и старше.	**1**

Office of School Health Citywide Contact Number (all Districts)
(347) 396-4597 • (347) 396-4503

ПОЛНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ К ИММУНИЗАЦИИ – 2014-15 уч. г.

Требования штата Нью-Йорк для поступления/допуска в школу[1]

ПРИМЕЧАНИЯ: Количество требуемых доз зависит от графика, рекомендованного Консультативным комитетом по иммунизации (ACIP).

График предусматривает минимальное количество обязательных доз для учащихся классов К - 12. Интервалы между дозами должны соответствовать рекомендациям ACIP для детей от 0 до 18 лет. Информация по вакцинам содержится в сносках.

ПОЛНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ К ИММУНИЗАЦИИ – 2014					
ВАКЦИНАЦИЯ	PRE-K (Центры присмотра за детьми, Head Start, ясли или Pre-k)	ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ КЛАСС	КЛАССЫ 1 – 5	6 КЛАСС	КЛАССЫ 7 – 12
Вакцина с противодифтерийным и противостолбнячным компонентами DTaP/DPT/Tdap)	**4 дозы**	**4 - 5 доз** Если четвертая доза DTaP получена в возрасте 4 лет и старше, пятая доза не требуется.	**4 - 5 доз** Если четвертая доза DTaP получена в возрасте 4 лет и старше, пятая доза не требуется.	**3 дозы**	**3 дозы**
Вакцина с противодифтерийным и противостолбнячным компонентами и коклюшная вакцина (DTaP)	**Не применимо**	**Не применимо**	**Не применимо**	**1 доза**	**1 доза**
Полио (IPV/OPV)	**3 дозы**	**3 - 4 доз** Если 4 или более доз получено до 4 лет дополнительные дозы вводятся в возрасте от 4 до 6 лет. Детям 4 лет и старше, получившим менее 3 доз, требуются 3 дозы. Если OPV и IPV были введены как в рамках серии, детям, независимо от возраста на данный момент, требуется 4 дозы.	**3 - 4 дозы** Если 4 или более доз получено до 4 лет дополнительные дозы вводятся в возрасте от 4 до 6 лет. Детям 4 лет и старше, получившим менее 3 доз, требуются 3 дозы. Если OPV и IPV были введены как в рамках серии, детям, независимо от возраста на данный момент, требуется 4 дозы.	**3 - 4 дозы** Детям 4 лет и старше, получившим менее 3 доз, требуются 3 дозы. Если OPV и IPV были введены в рамках серии, детям, независимо от возраста на данный момент, требуется 4 дозы.	**3 дозы**
Корь, свинка, краснуха (MMR)	**1 доза**	**1 доза** В возрасте одногог года и старше; вторая доза до достижения 7 лет.	**2 дозы**	**2 дозы**	**2 дозы**
Гепатит B	**3 дозы**	**3 дозы**	**3 дозы**	**3 дозы**	**3 дозы**
Ветряная оспа	**1 доза**	**2 дозы**	**1 доза**	**2 дозы**	**1 доза**
Гемофильная инфекция типа b (Hib).	**1 - 4 дозы** Количество доз зависит от возраста впервые привитого ребенка; с вопросами обращайтесь к лечащему врачу.	**Не применимо**	**Не применимо**	**Не применимо**	**Не применимо**
Пневмококковая конъюгированная вакцина Вакцина (PCV)	**1 - 4 дозы** Количество доз зависит от возраста впервые привитого ребенка; с вопросами обращайтесь к лечащему врачу.	**Не применимо**	**Не применимо**	**Не применимо**	**Не применимо**
Грипп	**1 доза** Для детей от 6 до 59 месяцев из дошкольных программ, регулируемых ст. 47 и 43 Кодекса здоровья г. Нью-Йорка (Day Care, Head Start, Nursery, or Pre-K) одна доза противогриппозной вакцины ежегодно с 1 июля по 31 декабря. В отдельных случаях детям могут требоваться 2 дозы противогриппозной вакцины в зависимости от предшествующей вакцинации.	**Не применимо**	**Не применимо**	**Не применимо**	**Не применимо**

Примечание для родителей: Вышеприведенный график обязателен для учащихся, вакцинация которых была начата в младенческом возрасте. К учащимся, приступившим к вакцинации позднее, предъявляются другие требования. С вопросами обращайтесь к лечащему врачу.

1. Серологический анализ, подтверждающий присутствие антител кори, свинки, краснухи, гепатит B, ветряной оспы и полиомиелита (всех трех серотипов), принимается в качестве свидетельства иммунитета к этим заболеваниям. Ветряная оспа, диагностированная лечащим врачом, ассистентом врача или практикующей медсестрой, принимается в качестве свидетельства иммунитета ребенка к этому заболеванию.
2. Примечания отражают изменения на апрель 2014 г. За последней информацией и ответами на наиболее типичные вопросы (FAQs) обращайтесь на сайт http://www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools/.

За дополнительной информацией обращайтесь

New York State Department of Health, Bureau of Immunization, Room 649, Corning Tower ESP, Albany, NY 12237, (518) 473-4437.

New York City Department of Health and Mental Hygiene, Program Support Unit, Bureau of Immunization, 42-09 28th Street, 5th Floor, Long Island City, NY 11101, (347) 396-2433.

Office of School Health Citywide Contact Number (all Districts)
(347) 396-4597 • (347) 396-4503