🔁 Diterjemahkan dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia - www.onlinedoctranslator.com



Seluruh Mahasiswa Keperawatan

Catatan imunisasi

Rev.7 4.3.2020

BUKAN RAHASIA

Catatan imunisasi tidak bersifat rahasia sebagaimana diwajibkan oleh hukum.

Nama:			Perempuan Perempuan	Pria 🗌
	Terakhir	Pertama	Tengah	_
			<u> </u>	RGRAD
ID Pelajar#	#:	Tanggal Lahir:MM	D_Dkamu_kamu_kamu_ MSN/	'APN

UNTUK DIISI DAN DITANDATANGANI OLEH PENYED! Jika memungkinkan, Anda dapat melampirkan salinan resmi catatan imunisasi Ar	•	•				
1. WAJIB IMUNISASI (LAPORAN LABORATORIUM UNTUK SEMUA						
MMR #1 #2	DAN	Titer MMR				
CATATAN: CAMPAK HARUS HIDUP, SETELAH 151 HARI ULANG TAHUN Campak #1 #2	Tanggal	Imun 🗌 Non-imun 🗌				
Penyakit gondok #1 #2	Tanggal	Imun 🗌 Non-imun 🗌				
Rubella #1 #2	Tanggal	Imun				
Varisela(Cacar air) Tanggal Penyakit:	DAN	Titer Varisela				
ATAU Vaksin #1 #2	Tanggal	Imun				
Hepatitis B #1 DAN Titer Hepatitis B						
#2 #3	HepBsAg	Tanggal				
Tanggal Tdap Dewasa (dalam waktu 10 tahun)		Positif \square Negatif \square				
(20.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.0	HepBcore IgM Ab	_				
Vaksin fluTanggal (jatuh tempo setiap tahun) TERSEDIA SETIAP MUSIM GUGUR		Positif 🗌 Negatif 🗌				
INFORMASI MENINGOKOKAL (MENINGITIS) TERSEDIA DI:	HepBsAb	Tanggal				
http://www.cdc.gov/meningitis DAN		Imun 🗆 Non-imun 🗖				
https://www.nj.gov/health/cd/documents/topics/meningo/m						
Dengan menandatangani di bawah ini saya menyatakan telah membaca dan memaham dan/atau kekhawatiran lebih lanjut telah diklarifikasi oleh Penyedia Layanan Kesehatan		Departemen Kesehatan New Jersey. Pertanyaan				
Saya punya *diterimaVaksin Meningitis Quad	rivalent pada:M <u>W</u>	D_Dkamu_kamu_kamu				
[*] Jika dosis awal Anda diberikan sebelum usia 16 tahunտulang tahun, Anda						
TANDA TANGAN SISWA:	TANGGAL:					
2. MAHASISWA KEPERAWATAN YANG MEMBUTUHKAN UJI TBC TUBERKULOSIS a <i>PPD d</i>	ua langkah. *Langkah 2 harus 1-	-3 minggu setelah langkah pertama.				
Tes Mantoux/PPD						
Langkah 1Tanggal Diberikan Tanggal Dibaca		* * Positif Ukuranmm(indurasi)				
* Langkah 2Tanggal Diberikan Tanggal Dibaca		* * Positif Ukuranmm(indurasi)				
Tes Emas atau T-spot QuantiFERON-TB	AU					
TanggalHasil	(LAPORAN LAB LABORATORI	UM WAJIB DILAMPIRKAN)				
* Mereka yang memiliki sebuah sejarah PPD/Mantoux positif yang harus diselesaikan oleh Dokter Anda: https://www.fdu.edu/wp-content/uploads/2019/11/3862.pdf Laporan rontgen dada Anda harus dilampirkan pada formulir ini.						
Tanda tangan Penyedia Medis:		Nomor lisensi				
	ATAU					
Penyedia Medis: Telepon: ()		Stempel Resmi dari				