



CATATAN IMUNISASI

Jangan kirimkan formulir ini sampai selesai.
 Biaya pemrosesan sebesar \$35 akan ditagihkan ke tagihan siswa di mana pun imunisasi diterimaved.

HARAP BUAT SALINAN FORMULIR INI UNTUK CATATAN ANDA.

BAGIAN 1: DIISI OLEH SISWA. SEMUA INFORMASI HARUS DICETAK SECARA TERSURAT ATAU FORMULIR TIDAK DAPAT DIPROSES.		
Nama keluarga:	Nama depan:	Nama tengah:
DOB:	Tanggal masuk:	
Alamat Surat Lengkap:		
Silakan Periksa: ___ Komuter ___ Perumahan Universitas		Silakan periksa: ___ Sarjana ___ Lulus
Periksa Anda kampus:	Kampus Universitas Kota, BUR, & SAC (Semua perguruan tinggi)	Fakultas Kedokteran Sekolah Kesehatan Masyarakat

BAGIAN 2: HARUS DILENGKAPI DAN DITANDATANGANI OLEH PENYEDIA PERAWATAN KESEHATAN ANDA				
A.	TBC(PPD DIPERLUKAN TANPA INOKULASI BCG SEBELUMNYA) Dilakukan di AS dalam 12 bulan terakhir sebelum dimulainya sekolah.			
PPD Kulit Tuberkulin Tes	Tanggal diberikan	Tanggal dibaca	Hasil: indurasi ____ mm Negatif Positif	Jika hasil PPD positif: Tanggal Rontgen Dada _____ Hasil: Normal Abnormal
ATAU Interferon gamma Uji Rilis (IGRA) dalam waktu dua bulan sejak tanggal mulai	Tanggal Diperoleh:	T-Tempat Kuantiferon (silakan lingkari)	Hasil: Negatif Positif Tidak tentu	Jika hasilnya positif: Tanggal Rontgen Dada _____ Hasil: Normal Abnormal

B.	TDAP Diperlukan dalam 10 tahun terakhir
Tetanus, Difteri, Pertusis(Tdap) Tidak ada versi lain yang diterima.	Tanggal Diberikan:

C.	MMR(Campak, Gondongan, Rubella) Diperlukan 2 dosis vaksin, titer positif, atau riwayat penyakit.
Vaksinasi 1 ^a Tanggal pemberian dosis:	Vaksinasi 2 ^{da} nTanggal pemberian dosis (minimal empat minggu setelah dosis 1):
ATAU Positif Tanggal dan hasil titer Rubeola (Campak):	ATAU Tanggal sakit (bila ada riwayat):
ATAU Positif Tanggal dan Hasil Titer Gondongan:	ATAU Tanggal sakit (bila ada riwayat):
ATAU Positif Tanggal dan hasil titer Rubella (Campak Jerman):	ATAU Tanggal sakit (bila ada riwayat):

D.	VARISELLA (Cacar air) Selesaikan SATU dari yang berikut ini.		
Riwayat penyakit	Ya <small>TIDAK</small>		
ATAU Vaksinasi 1 ^a Tanggal pemberian dosis:		Vaksinasi 2 ^{da} n Tanggal pemberian dosis (minimal empat minggu setelah dosis 1):	
ATAU Varisela Antibodi	Tanggal:	Reaktif Non-reaktif (harus menerima 2 dosis jika tidak kebal)	

E.	HEPATITIS B Penyelesaian setidaknya dua dari tiga yang diperlukan untuk kepatuhan Universitas (tiga dosis diperlukan untuk menyelesaikan rangkaian)		
Vaksinasi 1 ^a Tanggal pemberian dosis:		Vaksinasi 2 ^{da} n Tanggal pemberian dosis (minimal empat minggu setelah dosis 1):	Vaksinasi 3 ^a Tanggal pemberian dosis (minimal empat-enam bulan setelah dosis 2):
ATAU Hep B titer	Tanggal:	Imun Not Immune (Jika tidak kebal, lengkapi seri diatas)	

F.	MENINGOKOKAL Wajib untuk semua mahasiswa sarjana penuh waktu di bawah usia 21 tahun	
Segiempat Meningokokus: <ul style="list-style-type: none"> Semua mahasiswa sarjana penuh waktu yang berusia 21 tahun atau lebih muda harus menyerahkan bukti satu dosis vaksin konjugat meningokokus (MCV4, seperti Menactra atau Menveo) sejak usia 16 tahun. Untuk setiap mahasiswa yang akan tinggal di asrama Universitas, Hukum Pennsylvania mewajibkan satu dosis meningococcal Quadrivalent yang diberikan sejak usia 16 tahun. 		
Konjugat segi empat (centang satu): <input type="checkbox"/> Menactra <input type="checkbox"/> Menveo		Tanggal diberikan:

K.	PEMERIKSA PERAWATAN KESEHATAN PERNYATAAN S	
Saya telah memverifikasi bahwa saya telah melengkapi formulir ini untuk individu yang disebutkan namanya dan bahwa tes/vaksinasi di atas dilakukan di kantor ini atau bahwa saya telah meninjau dokumentasi vaksin sebelumnya.		
Nama Pemeriksa (silahkan dicetak)		
Lisensi #:		Telepon:
Tanda tangan Pemeriksa Pelayanan Kesehatan:		Tanggal:

BAGIAN 3: HARUS DITANDATANGANI OLEH SISWA	
L.	PERNYATAAN SISWA
Semua siswa: Informasi yang diberikan pada formulir ini adalah benar. Saya memahami bahwa kegagalan mengisi formulir ini dengan benar dapat membahayakan kedudukan mahasiswa saya di Universitas Drexel. Saya akan mengirimkan formulir ini ke alamat yang sesuai yang tercantum di bawah ini.	
Tanda tangan siswa: _____	ID Pelajar Drexel #: _____

ALAMAT PENGEMBALIAN:		
Kampus Utama University City (Termasuk Kolese UC, BUR, & SAC) Silakan unggah formulir yang sudah Anda isi melalui Unggah Formulir Imunisasi di DrexelOne Anda Pintu gerbang. Petunjuk pengunggahan dapat ditemukan di www.drexel.edu/ch . Jika Anda memiliki pertanyaan, email VaccinesMainCampus@drexel.edu .	Fakultas Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Ilmu Kesehatan, dan Konseling Kesehatan Perilaku Silakan unggah formulir yang telah Anda isi melalui Unggah Formulir Imunisasi di Portal DrexelOne Anda. Petunjuk pengunggahan dapat ditemukan di www.drexel.edu/ch . Jika Anda memiliki pertanyaan, kirim email VaksinCNHP@drexel.edu	Pengecualian Medis atau Agama: Jika Anda memerlukan informasi tentang pengecualian medis atau agama dari Persyaratan imunisasi universitas, silakan menghubungi Kantor Imunisasi di healthimmu@drexel.edu