



MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ A JEHO VYPLŇOVÁNÍ

VE SVĚTLE SCHVÁLENÉHO MEZINÁRODNÍHO ZDRAVOTNÍHO ŘÁDU (IHR) Z ROKU 2005

POSTUP VYPRACOVANÝ PRO SEVT

Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

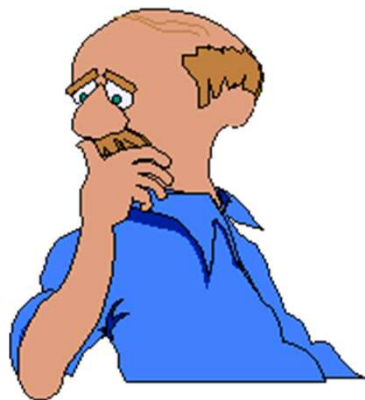
Centrum očkování a cestovní medicíny

Subkatedra tropické a cestovní medicíny IPVZ Praha





CÍLE PŘEDNÁŠKY



Vysvětlit jak vyplňovat

Mezinárodní osvědčení o očkování nebo profylaxi

Vysvětlit jak vyplňovat

Mezinárodní očkovací průkaz

Přinést praktické poznatky a poznámky



Motto:

***„Budovat svět, ve kterém jsou
všichni lidé chráněni očkováním
proti infekčním nemocem“***

WHO

***Ve vyspělých ekonomikách je imunizace proti infekčním
nemocem a její dokumentace významným (ekonomickým)
nástrojem ovlivnění nemocnosti***

***Revize Mezinárodního zdravotního řádu
byla provedena na 58. zasedání WHO dne 23/05/2005***

Revision of the International Health Regulations

The Fifty-eighth World Health Assembly,

Having considered the draft revised International Health Regulations;¹

Having regard to articles 2(k), 21(a) and 22 of the Constitution of WHO;

Recalling references to the need for revising and updating the International Health Regulations in resolutions WHA48.7 on revision and updating of the International Health Regulations, WHA54.14 on global health security: epidemic alert and response, WHA55.16 on global public health response to natural occurrence, accidental release or deliberate use of biological and chemical agents or radionuclear material that affect health, WHA56.28 on revision of the International Health Regulations, and WHA56.29 on severe acute respiratory syndrome (SARS), with a view to responding to the need to ensure global public health;

Welcoming resolution 58/3 of the United Nations General Assembly on enhancing capacity building in global public health, which underscores the importance of the International Health Regulations and urges that high priority should be given to their revision;

Affirming the continuing importance of WHO's role in global outbreak alert and response to public health events, in accordance with its mandate;

Underscoring the continued importance of the International Health Regulations as the key global instrument for protection against the international spread of disease;

Commending the successful conclusion of the work of the Intergovernmental Working Group on Revision of the International Health Regulations,



IHR – INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS MEZINÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ ŘÁD

- Revize IHR schválená 23/05/2005 a platná od 23/05/2006
- Pro nás důležité:
 - **Hlášení významných infekčních nemocí**
 - **Změna Certifikátu o „povinném“ očkování**
- Dříve MOP francouzsky, anglicky bez českého překladu
- Nebylo odlišováno osvědčení (Certifikát) pro očkování proti žluté zimnici a vlastní MOP
- Nyní i verze v českém, anglickém a francouzském jazyce
- Jasně odlišeno **Osvědčení** (vnitřek obálky str. 2-3) a **MOP**

Vzor podle kterého byl vytvořen MOP v ČR

ANNEX 6

MODEL INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

VACCINATION, PROPHYLAXIS AND RELATED CERTIFICATES

1. Vaccines or other prophylaxis specified in Annex 7 or recommended under these Regulations shall be of suitable quality; those vaccines and prophylaxis designated by WHO shall be subject to its approval. Upon request, the State Party shall provide to WHO appropriate evidence of the suitability of vaccines and prophylaxis administered within its territory under these Regulations.

2. Persons undergoing vaccination or other prophylaxis under these Regulations shall be provided with an international certificate of vaccination or prophylaxis (hereinafter the "certificate") in the form specified in this Annex. No departure shall be made from the model of the certificate specified in this Annex.

3. Certificates under this Annex are valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by WHO.

4. Certificates must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

5. Certificates shall be fully completed in English or in French. They may also be completed in another language, in addition to either English or French.

6. Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

7. Certificates are individual and shall in no circumstances be used collectively. Separate certificates shall be issued for children.

8. A parent or guardian shall sign the certificate when the child is unable to write. The signature of an illiterate shall be indicated in the usual manner by the person's mark and the indication by another that this is the mark of the person concerned.

9. If the supervising clinician is of the opinion that the vaccination or prophylaxis is contraindicated on medical grounds, the supervising clinician shall provide the person with reasons, written in English or French, and where appropriate in another language in addition to English or French, underlying that opinion, which the competent authorities on arrival should take into account. The supervising clinician and competent authorities shall inform such persons of any risk associated with non-vaccination and with the non-use of prophylaxis in accordance with paragraph 4 of Article 23.

10. An equivalent document issued by the Armed Forces to an active member of those Forces shall be accepted in lieu of an international certificate in the form shown in this Annex if:

- (a) it embodies medical information substantially the same as that required by such form; and
- (b) it contains a statement in English or in French and where appropriate in another language in addition to English or French recording the nature and date of the vaccination or prophylaxis and to the effect that it is issued in accordance with this paragraph.

This is to certify that [name], date of birth, sex,

nationality, national identification document, if applicable

whose signature follows

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

(name of disease or condition)

in accordance with the International Health Regulations.

Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from until	Official stamp of administering centre
1.					
2.					

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.

This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Vzor podle kterého byl vytvořen MOP v ČR

ANNEX 7

REQUIREMENTS CONCERNING VACCINATION OR PROPHYLAXIS FOR SPECIFIC DISEASES

1. In addition to any recommendation concerning vaccination or prophylaxis, the following diseases are those specifically designated under these Regulations for which proof of vaccination or prophylaxis may be required for travellers as a condition of entry to a State Party:

Vaccination against yellow fever.

2. Recommendations and requirements for vaccination against yellow fever:

(a) For the purpose of this Annex:

- (i) the incubation period of yellow fever is six days;
- (ii) yellow fever vaccines approved by WHO provide protection against infection starting 10 days following the administration of the vaccine;
- (iii) this protection continues for 10 years; and
- (iv) the validity of a certificate of vaccination against yellow fever shall extend for a period of 10 years, beginning 10 days after the date of vaccination or, in the case of a revaccination within such period of 10 years, from the date of that revaccination.

(b) Vaccination against yellow fever may be required of any traveller leaving an area where the Organization has determined that a risk of yellow fever transmission is present.

(c) If a traveller is in possession of a certificate of vaccination against yellow fever which is not yet valid, the traveller may be permitted to depart, but the provisions of paragraph 2(h) of this Annex may be applied on arrival.

(d) A traveller in possession of a valid certificate of vaccination against yellow fever shall not be treated as suspect, even if coming from an area where the Organization has determined that a risk of yellow fever transmission is present.

(e) In accordance with paragraph 1 of Annex 6 the yellow fever vaccine used must be approved by the Organization.

(f) States Parties shall designate specific yellow fever vaccination centres within their territories in order to ensure the quality and safety of the procedures and materials employed.

(g) Every person employed at a point of entry in an area where the Organization has determined that a risk of yellow fever transmission is present, and every member of the crew of a conveyance using any such point of entry, shall be in possession of a valid certificate of vaccination against yellow fever.

(h) A State Party, in whose territory vectors of yellow fever are present, may require a traveller from an area where the Organization has determined that a risk of yellow fever transmission is present, who is unable to produce a valid certificate of vaccination against yellow fever, to be quarantined until the certificate becomes valid, or until a period of not more than six days, reckoned from the date of last possible exposure to infection, has elapsed, whichever occurs first.

(i) Travellers who possess an exemption from yellow fever vaccination, signed by an authorized medical officer or an authorized health worker, may nevertheless be allowed entry, subject to the provisions of the foregoing paragraph of this Annex and to being provided with information regarding protection from yellow fever vectors. Should the travellers not be quarantined, they may be required to report any feverish or other symptoms to the competent authority and be placed under surveillance.



MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION



ČESKÁ REPUBLIKA
CZECH REPUBLIC
REPUBLIQUE TCHEQUE

Obálka MOP – žlutá barva a černé písmo
Odolný oproti poškození



MEZINÁRODNÍ OSVĚDČENÍ O OČKOVÁNÍ NEBO PROFYLAXI INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Toto osvědčení platí pouze tehdy, byla-li použita vakcína nebo profylaxe schválena Světovou zdravotnickou organizací.

Toto osvědčení musí vlastnoručně podepsat klinický pracovník, a sice lékař nebo jiný způsobilý zdravotnický pracovník, který na podání vakcíny nebo profylaxe dohlížel. Osvědčení musí být rovněž opatřeno otiskem úředního razítka střediska, kde k podání došlo; úřední razítko však nenahrazuje podpis.

Jakákoli změna osvědčení, škrtno nebo nevyplnění kterékoli jeho části může způsobit neplatnost osvědčení.

Platnost tohoto osvědčení trvá až do data uvedeného pro určité očkování nebo profylaxi. Osvědčení bude vyplněno v celém rozsahu v anglickém nebo francouzském jazyce. Spolu s údaji v angličtině nebo francouzštině může osvědčení ve stejném dokladu obsahovat také údaje v dalším jazyce.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.

This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ce certificat doit être signé de la main du clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature.

Toute correction ou rature sur le certificat ou omission d'une quelconque information demandée peut entraîner sa nullité.

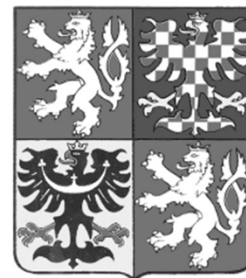
Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.

**Text převzat z platného textu IHR
– není možné jej změnit**



**V této části MOP
je možné jak gumovat,
tak i opravovat!**

**MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION**



Vepsat jméno a příjmení



vystaveno pro / issued to / délivré à

Jaroslav Novák

Jméno, příjmení / Name, surname / Prénom, nom

Vepsat datum narození



21 February 1960

Narozen(a) / Born on / Né(e) le

Číslo cestovního dokladu

***napsat tužkou, nebo postupně
dopisovat a opravovat***

Číslo pasu nebo
cestovního dokladu

Passport No. or
Travel Document No.

Numéro du passeport ou
de la pièce justificative



123456789

NA TĚTO STRÁNKĚ SE NESMÍ BUDOVA
ANI OPRAVOVAT

MEZINÁRODNÍ OSVĚDČENÍ O OČKOVÁNÍ NEBO PROFYLAXI
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

(♂ = FEMALE)

To je důkaz, že (jméno a příjmení)
This is to certify that (name and surname)
Ceci certifie que (prénom (s) et nom)

JAROSLAV NOVÁK

datum narození 21 JAN 1960
date of birth
né(e) le

pohlaví MALE
sex
sexe

Ne: Transculturum etc

státní příslušnost
nationality
nationalité

CZECH REPUBLIC

ode podepsaný / whose signature follows / dont la signature suit

Jaroslav Novák ! zapomená se na podpis


byl(a) v uvedený den očkovan(a) nebo bylo aplikováno profylaxe proti:
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(e) à la date ci après, ou a reçu une prophylaxie contre:

1. YELLOW FEVER

(název onemocnění nebo stavu) / (name of disease or condition) / (nom de la maladie ou condition)

2. ← Další vakcíny za 10 let
jiná vakcína či profylaxe účinná
dle IHR požaduje (meningokokové)

v souladu s Mezinárodním zdravotním řádem.
in accordance with the International health regulations.
conformément au Règlement sanitaire international.

Očkovací látka nebo profylaxe Vaccine or prophylaxis Vaccin ou prophylaxie	Datum Date Date	Podpis a profesní zařazení odpovědného lékaře Signature and professional status of supervising clinician Signature et qualité du médecin responsable	Výrobce a číslo Sáře vakcíny nebo profylaxe Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou prophylaxie et numéro du lot	Platnost certifikátu od do Certificate valid from until Validité du certificat de à	Úřední razítko očkovacího centra Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre de vaccination
1. STAMARIL PASTEUR	04 JUN 2006	Jiří Beran prof. JIŘÍ BERAN, MD supervising clinician	SANOFI PASTEUR Y-105-3	15 JUN 2006 14 JUN 2016	
2.					Razítko je nutné standardizovat → země: ČR, centrum schválené → umění: název centra a N → urník: státní knih
3.					

nejlépe ve formě
spudního razítka
(aplikovala se za
mým dohledem)


platnost za 10 dní
od aplikace



Zápis očkování proti žluté zimnici

„Mezinárodní osvědčení o očkování nebo profylaxi“

1. Část – vlevo od středu

Očkovací látka nebo profylaxe Vaccine or prophylaxis Vaccin ou prophylaxie	Datum Date Date	Podpis a profesní zařazení odpovědného lékaře Signature and professional status of supervising clinician Signature et qualité du médecin responsable	Výrobce a číslo šarže vakcíny nebo profylaxe Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou prophylaxie et numéro du lot
1 Stamaril	04 JUN 2011	 Prof. Jiří Beran, MD. Supervising clinician	SanofiPasteur Y-105-3

Zápis očkování proti žluté zimnici

„Mezinárodní osvědčení o očkování nebo profylaxi“

2. Část – vpravo od středu

Platnost certifikátu od do Certificate valid from until Validité du certificat du au	Úřední razítko očkovacího centra Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre de vaccination
<p style="text-align: center;">15 JUN 2011</p> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <p style="text-align: center;">14 JUN 2021</p>	<p>Platné razítko centra</p>

Oficiální razítko – mělo by mít následující údaje:

„MOH Approved Immunization Centre + Czech Republic + Název centra + znak země“



OSVĚDČENÍ PRO „POVINNÉ“ OČKOVÁNÍ NEBO PROFYLAXI = Strana 2-3 MOP

- Slouží k zápisu *očkovaní* a *přeočkovaní* proti *žluté zimnici*
- Formulář připraven pro zápis očkování nejen proti žluté zimnici, může být i proti jiným infekčním nemocem
- V budoucnosti se jednoduše zapíše ostatní očkování
- Zatím schváleno očkování proti žluté zimnici



OSVĚDČENÍ PRO „POVINNÉ“ OČKOVÁNÍ NEBO PROFYLAXI = Strana 2-3 MOP

- Vyplnit ***Jméno + Příjmení + Datum narození***
- Vyplněné pohlaví = ***Male x Female***
- Zapsat název infekce v AJ = ***Yellow fever***
- Vlastnoručně ***podepsaný lékařem*** ale i ***očkovaným***
- Jediná dostupná vakcína ***Stamaril***
- Oficiální razítko – mělo by mít následující údaje:
***„MOH Approved Immunization Centre + Czech Republic +
Název centra + znak země“***
- ***Nemazat a neopravovat*** – vede k neplatnosti, ale jen na stránkách 2-3



OSVĚDČENÍ PRO „POVINNÉ“ OČKOVÁNÍ NEBO PROFYLAXI = Strana 2-3 MOP

- Platnost očkování závisí na tom zda se jedná o první očkování či přeočkování
- Platnost *prvního očkování* – za 10 dní od aplikace vakcíny
- **PŘÍKLAD:**
Aplikace *04JUN2006* platnost od *15JUN2006* do *14JUN2016*
- Platnost *přeočkování* – ihned = v den aplikace
- **PŘÍKLAD:**
Aplikace *04JUN2006* platnost od *4JUN2006* do *3JUN2016*
- Kolonka dat očkování a *dat platnosti od – do*



JMÉNO LÉKAŘE A JEHO FUNKCE NA OSVĚDČENÍ = DVĚ *Možnosti*

- Jaroslav Novák, MD.
Administration's Clinician
(Poznámka: Vakcínu aplikoval lékař)
- Jaroslav Novák, MD.
Supervising Clinician
(Poznámka: Vakcínu aplikovala sestra, lékař dohlížel)

Tento záznam je spíše vhodný pro klinická pracoviště jako např. infekce

- Jaroslav Novák, MD.
Administration's Medical Practitioner
(Poznámka: Vakcínu aplikoval lékař)
- Jaroslav Novák, MD.
Supervising Medical Practitioner
(Poznámka: Vakcínu aplikovala sestra, lékař dohlížel)

Tento záznam je spíše pro neklinická pracoviště nebo pro PL



JMÉNO LÉKAŘE NA OSVĚDČENÍ

První varianta

- U mnoha vyplněných průkazů na razítcích lékařů různě psána funkce např. "*Health authority*" což překladu je úřad, ústav, prostě instituce = *je nevhodné*
- Správně by dle IHR mělo být jméno, za jménem **MD** pro označení lékaře
- Pod jménem by mělo být uvedeno:
"*Administration's Clinician*" pro aplikaci lékařem nebo
"*Supervising Clinician*" pokud by aplikovala vakcínu sestra a dohlížel lékař
- Slovo „*clinician*“ by se mělo více používat *u infektionistů*

JMÉNO LÉKAŘE NA OSVĚDČENÍ

Druhá varianta

- Správně by dle IHR mělo být jméno, za jménem **MD** pro označení lékaře
- Pod jménem může být uvedeno též:
 - "*Administration's Medical Practitioner*" pro aplikaci lékařem nebo
 - "*Supervising Medical Practitioner*" pokud by aplikovala vakcínu sestra a dohlížel lékař
- Slovo „*Medical Practitioner*“ by se mělo používat spíše *na neklinických pracovištích nebo u praktických lékařů (PL)*



JAK PSÁT NÁZVY MĚSÍCŮ

Plný název nebo uznávaná zkratka

- January – **JAN**
- February – **FEB**
- March – **MAR**
- April – **APR**
- May – **MAY**
- Jun – **JUN**
- July – **JUL**
- August – **AUG**
- September – **SEP**
- October – **OCT**
- November – **NOV**
- December – **DEC**

JAK PSÁT NÁZVY MĚSÍCŮ

Plný název nebo uznávaná zkratka

Certifikát

Zápis data zde

Očkovací látka nebo profylaxe Vaccine or prophylaxis Vaccin ou prophylaxie	Datum Date Date	Podpis a profesní zařazení odpovědného lékaře Signature and professional status of supervising clinician Signature et qualité du médecin responsable	Výrobce a číslo šarže vakcíny nebo profylaxe Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou prophylaxie et numéro du lot
1	01 JAN 2011		

MOP

Zápis data zde

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination r			
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Vaccination against / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	
01 JAN 2011			



JAK OPRAVOVAT V MOP?

- ***Nesmí se opravovat v Osvědčení („certifikátu“) na straně 2-3!!***
- **V MOP je oprava možná**
- **Špatný údaj škrtnout jednou čarou, nad napsat správný údaj**
- **Připojit datum opravy a podpis osoby, která opravuje**
- ***Zmocnění pro takové opravy***
(Zmocnění pro práci v ordinaci s vymezením úkonu, které zdravotník může provádět; významné forenzní důvody)



MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

- Společně s certifikátem je na stránkách 4-19
- ***Rutinní a doporučená očkování*** 4-15; zapisuje se „Očkování proti“, „Dávka/pořadí/aplikace“; „Číslo šarže“ a délka ochrany
- Upozornění na ***možné rizikové faktory***, krevní skupina, další lékařské záznamy a dlouhodobá léčba str. 16-17
- ***Vyšetření protilátek a Pasivní imunizace*** str. 18
- ***Informace pro naléhavé případy*** str. 19

MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

Očkování proti/Název vakcíny

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination r			
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Vaccination against / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	

MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

Očkování proti = první řádek

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination r			
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Vaccination against / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	
	Název infekce		



MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

Očkování proti = ***Název infekce*** v AJ

Doporučené očkování

- Viral hepatitis A+B
- Viral hepatitis A
- Viral hepatitis B
- Typhoid fever
- Polio
- Rabies
- Japanese encephalitis
- Meningitis type „C“
nebo „A+C“ či „A+C+Y+W135“
- Cholera + ETEC
- Tick-Borne Encephalitis

Pediatrické + ostatní očkování

- Diphtheria
- Tetanus
- Pertussis
- MMR
Morbilli+Mumps+Rubella
- Varicella
- Heemophilus influenzae
- HPV infection
- Pneumococcal infection
- Influenza

MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

Název vakcíny = Druhý řádek

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination r			
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Vaccination against / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	



MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

Název vakcíny = ***Prodejní název***

Doporučené očkování

- Twinrix Adult, Twirix Paediatric
- Havrix 1440, Havrix 720 Junior
- Engerix-B
- Typherix, Typhim Vi
- Imovax Polio
- Rabipur, Verorab
- Ixiaro
- Menjugate, NeisVac, Men. Polys. A+C, Menveo
- Vaccine Dukoral
- Encepur pro dospělé/děti

Pediatrické + ostatní očkování

- Infanrix, Infanrix Hexa, Boostrix, Boostrix Polio, Adacel, Adacel Polio
- Tetavax
- Priorix
- Varillrix + Zostavax
- Hib-vaccine, Hiberix
- Cervarix, Silgard
- Prevenar13, Synflorix, Pneumo23
- Influvac, Fluarix, Begrivac, Fluad, Vaxigrip, Preflucel

MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

Dávka = První řádek

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination r			
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Vaccination against / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	
		1,0 ml	

Dávka může být nejčastěji pro aplikaci jehlou - **0,5 ml** (většina vakcín)
0,25 ml (Encepur pro děti, FSME Immun 0,25 Baxter), **0,7 ml** (Trivivac),
1,0 ml (Twinrix Adult, Rabipur), **3 ml/150 ml** nebo **3/75 ml** pro Dukoral (p.o.)

MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

Pořadí = Druhý řádek

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination r			
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Vaccination against / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	
		I. Dose	

Pořadí může být nejčastěji „I. Dose“, „II. Dose“, „III. Dose“ pro schéma „Dose“ pro jednotlivou dávku (břišní tyfus, chřipka)
 „Booster“ pro přeočkování, „Catch-up“ pro druhou a další MMR dávku



UKÁZKY ZÁPISŮ

NEJSOU DOGMA.....

Upřesňováno v recenzích, spíše kapsal dvou očkování

MŮŽE BÝT RAZÍTKO CENTRA (DOBŘE)

MUSÍ BÝT PODPIS!

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination régulière et recommandée contre					
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Type of vaccination / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration	Číslo Sade Batch no. No. du lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu'à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
15 AUG 2005	VIRAL HEPATITIS A+B HEPATITIS A+B VACCINE TWINRIX ADULT	<i>I. dose 1ml = dávka</i> <i>i. mv</i> <i>1 ml i. mv = aplikace</i>	AHAB262B	N.A.	<i>každý rádek správně vyplněn dle pokor!</i> Zelen
15 AUG 2005	TYPHOID FEVER TYPHOID FEVER VACCINE TYPHIM-Vi	0,5 ml DOSE BOOSTER <i>oprava, nikdy z něj očkování</i> i. mv	Y-236-1	AUG 2008	<i>i při mícročování nemá charakter BOOSTER (T-1 Ag)</i> Proto možná i "N.A." Zelen
22 AUG 2005	TETANUS TETANUS TOXOID VACC. ALTEANA	0,5 ml BOOSTER i. mv	12-1999	21 AUG 2010	<i>jistě mu nebylo 60 let!</i> Zelen
10 SEP 2005	POLIO <u>INACTIVATED</u> POLIO-VACC. IMOVAX POLIO	0,5 ml BOOSTER i. mv.	Z-135-11	09 SEP 2015	Zelen
10 SEP 2005	POLIO <u>ATTENUATED</u> POLIO-VACC. ORAL POLIO	2 drops BOOSTER p. o.	G23532	09 SEP 2015	<i>spíše by bylo kapsal</i> NA protoxi Zelen

jedna nebo dvě dávky

ochlazená je delší, ale neríme mizně.

Oprava strany 4-5

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination régulière et recommandée contre					
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Type of vaccination / Name of vaccine Vaccination centre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration	Číslo série Batch no. No. du lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu'à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
15 AUG 2005	VIRAL HEPATITIS A+B TWINRIX ADULT	1 ml I. dose i. m.	AHAB262B	N.A.	<i>Beur</i>
15 AUG 2005	TYPHOID FEVER TYPHIM-Vi	0,5 ml DOSE i. m.	Y-236-1	14 AUG 2008	Prof. Jiří Beran, M.D. Vaccination and Travel Medicine Centre <i>Beur</i>
22 AUG 2005	TETANUS ALTEANA	0,5 ml BOOSTER i. m.	12-1999	21 AUG 2010	<i>Beur</i>
10 SEP 2005	POLIO IMOVAX POLIO	0,5 ml BOOSTER i. m.	Z-135-11	09 SEP 2010 2015	<i>Beur</i> } standardní oprava
10 SEP 2005	POLIO ORAL POLIO	2 drops BOOSTER p. o.	B 23532	09 SEP 2015	Prof. Jiří Beran, M.D. Vaccination and Travel Medicine Centre <i>Beur</i>

Rozsáhlé opravy mimo podpis, ten je důležitý

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination régulière et recommandée contre					
Datum Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Type of vaccination / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	Číslo série Batch no. No. de lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu'à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
10 OCT 2005	N. MENINGITIDIS TYPE "C" MENINGOCOCCAL CONJUGATE MENJUGATE	0,5 ml DOSE i. m.	M-2301	N.A	není mi přesně asi 8-10 let Zeev
10 OCT 2005	N. MENINGITIDIS TYPE "A+C" Meningococcal polysacc A+C vaccine TYPUS ABACI KABITEDI MORBILLI (MUMPS) RUBELLA	0,5 ml DOSE i. m.	u polysack. vakcín je lepší psát N.A. Y-836	09 OCT 2008	Zeev
15 NOV 2005	MMR TRIVIVAC	0,7 ml CATCH-UP s.o.	1-2005	N.A	není mi přesně Zeev
15 JAN 2006	CHOLERA + ETEC DUKORAL	15/3 ml I. DOSE p.o	CH-23-1	N.A	každě po aplikaci II. dávky Zeev
15 FEB 2006	RABIES RABIPUR	1 ml II. DOSE i. m.	R-234	N.A.	každě po aplikaci III. dávky Zeev

Lépe jen „Meningitidis Type A+C“

Lépe psát 150/3 ml“

Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination régulière et recommandée contre					
Date Date Date	Očkování proti / Název vakcíny Type of vaccination / Name of vaccine Vaccination contre / Nom du vaccin	Dávka / Pořadí / Aplikace Dose / Sequence / Administration Dose / Séquence / Administration	Číslo série Batch no. No. du lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu'à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
15 DEC 2005	DIPHTERIA ADSORB. DIPHTERIA VACC.	0,5 ml BOOSTER i. m.	Z-23404	14 DEC 2015	wonání 10. led Zelen
15 MAR 2006	TICK-BORNE ENCEPHALITIS FSME-IMMUN 0,5 ADULT	0,5 ml BOOSTER i. m.	B-235-10	14 MAR 2011	druhej přeočkování Zelen
15 APR 2006	JAPANESE ENCEPHALITIS J. E. V. X	1,0 ml I. DOSE s. c.	JE 2310	N.A.	radámě po aplikaci liti dary (druhej) Zelen
15 SEP 2006	INFLUENZA FLUARIX	0,5 ml DOSE i. m.	FLU 23010	AUTUMN 2007	Platnost ma 1 rok Zelen
25 SEP 2006	VRAL HEPATITIS B ENGERIX-B	1,0 ml III. DOSE i. m.	AHB 226 AC	LONG - LIFE	Prof. Jiří Beran MD Vaccination and Travel Medicine Centre Zelen

Dnes se již používá vakcína Ixiaro

vakcína očkování oblaři
je musní, podpis del ležit

Upozornění na možné rizikové faktory
(Označte, co se hodí)

Medical comments on possible risk factors
(Please mark and explain as appropriate)

Remarques concernant les facteurs de risque possibles
(Marquer d'une croix la mention valable)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. Hemofilie - krvávenost
Haemophilia
Hémophilie | <input type="checkbox"/> | 6. Poruchy imunity/imanosuprese
Immundeficiency/immunosuppression
Immundeficiences/immunosuppression | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Cukrovka - Diabetes mellitus
Diabetes
Diabète | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Alergie/předtiličnost
Allergy/hypersensitivity
Allergie/hypersensibilité | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Dialýza
Dialysis
Traitement dialytique | <input type="checkbox"/> | 8. Nežádoucí reakce na očkovací látku
Adverse reactions to immunization
Réactions indésirables
extraordinaires post vaccination | <input type="checkbox"/> |
| 4. Křeče, neurologická onemocnění
Convulsions, neurological disorder
Convulsions, affections nerveuses | <input type="checkbox"/> | 9. Další rizikové faktory
Other risk factors
Autres facteurs de risque | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Transplantace
Transplantation
Grefe | <input type="checkbox"/> | | |

Krevní skupina a Rh-faktor
Blood group and Rhesus factor
Groupe sanguin et facteur Rh

A (B) O	Rh-pos (+) Rh- neg (-)
Protilátky / Antibodies / Anticorps N.A.	

Další lékařské záznamy k jednotlivým bodům:

Additional medical comments on numbers:

Notes médicales complémentaires sur les numéros:

② INSULLIN TREATMENT; ⑥ SPLENECTOMY IN 1968;

④ TO PENICILLIN, TO BEE BITE;

⑨ GRAVIDITY SINCE 07/2006; ← *není možné je to mušk!*

⑥ POLLINOSIS SINCE 2004 ⑨ HYPERTENSION

SINCE 11/2006;

Dlouhodobá léčba, přípravek, dávka, datum

Medical long-term therapy, preparation, dosis, date

Traitements médicamenteux à long terme, produit, dose, date

HUMULIN STAND. DOSE, 20U 3x/DAY, 15 OCT 2005

ZYRTEC 100 (CETIRIZIN), 10mg/DAY, 10 MAR 2004

zakázat formu pro lepší orientaci

zde je možné uvést i spjenná chronická onemocnění

uvést i antigeny je důležité, mu všechny rasy ho mají!

Vyšetření protilátek / Antibody detection / Analyse des anticorps				
Datum Date	Proti nemoci Against disease Contre maladie	Ochrana / Protection / Protection		Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
		YES / NO	Do / Until / Jusqu'à	
15 NOV 2005	VIRAL HEPATITIS A	YES 13 000 IU/ml	N.A.	Reew
15 DEC 2005	VIRAL HEPATITIS B	YES 8000 IU/ml	LONG - LIFE	Reew
15 JAN 2006	TICK-BORNE ENCEPH.	YES 1250 IU/ml	14 JAN 2011	Reew

meřime písemně; asi na celý život

V naléhavém případě informujte prosím:

In an emergency please inform:

En cas d'urgence prière d'informer:

uložitelná ochrana

Jméno / Name / Nom

Mrs. MONIKA NOVÁKOVÁ

ma 5. let; po aplikaci toxické dárky

Kšiční byli proti tetanu! Můžeme smířit!

Adresa / Address / Adresse

NA HRÁZCE 746
500 09 HRADEC KRÁLOVÉ
CZECH REPUBLIC
EUROPE

*adresa
městní
správy*

Pasivní imunizace / Passive immunizations / Immunisation passive			
Datum Date	Proti nemoci Against disease Contre maladie	Název/Číslo Séro/Dávka Name/Batch No./Dose Nom/No. de lot/Dose	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
10 JAN 2004	RABIES	HRIG HR-23331 10 ml	Reew

↳ lidský antirabický imunoglobulin!

Telefonní číslo včetně předěsí

Telephone No. including area code

Téléphone avec numéro de présélection

00 420 - 49 526 5402 15/02/2006 Reew
~~00420 495265238~~

*učáčka
oprávněná*

Antimalarická profylaxe
Antimalarial prophylaxis
Prophylaxie antipaludique

} *rozřekeno na opalování prání
Datumy by mohl vyplnit i klient!?!
(dle určení)*

Destinace Destination Destination	Lék Drug Médicament	Dávková Dose Dose	od from du	do until au
KENYA (KISUMU)	LARIAM	250mg	01 OCT 2004 28 NOV 2004	

← *pacient by měl pocest
lékař před odjezdem
zaplatit první dávku
po návratu pokud
je to 4 týdny od odjezdu
do malariické oblasti
(MALARONE - 7 dní)*



PODĚKOVÁNÍ

- **SEVT – Jarmila Fryšová**
- MZd – MUDr. Sylvie Kvášová, MUDr. Michael Vít, Ph.D.
- STCL – MUDr. et RNDr. František Stejskal, PhD.
- + MUDr. Zdenka Mandřáková
- Zdravotní ústavy z celé ČR
- Krajské hygienické stanice z celé ČR
- FN Hradec Králové
- MUDr. Veronika Wertzová + Frédéric Wertz
- Všem, na které jsem zapomněl