



# 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**

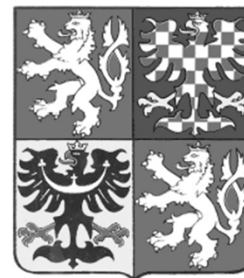
**Subkatedra tropické a cestovní medicíny IPVZ Praha**





**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 BUDOVIAT  
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 / date of birth / né(e) le 21 JAN 1960

pohlaví / sex / sexe MALE

státní příslušnost / nationality / nationalité

CZECH REPUBLIC

Ne: Transculturum etc

zde podepsaný / whose signature follows / dont la signature suit

Jaroslav Novák ! zapomíná 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  
3. jiné vakcíny či profylaxe účinné  
dle IHR požaduje (meningokokové)

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

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

nejlépe ve formě  
společného razítka  
(aplikovala se za pod  
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<br>nebo profylaxe<br>Vaccine or<br>prophylaxis<br>Vaccin ou<br>prophylaxie | Datum<br>Date<br>Date                  | Podpis a profesní zařazení<br>odpovědného lékaře<br>Signature and professional status<br>of supervising clinician<br>Signature et qualité du médecin<br>responsable | Výrobce a číslo šarže vakcíny<br>nebo profylaxe<br>Manufacturer and batch No.<br>of vaccine or prophylaxis<br>Fabricant du vaccin ou<br>prophylaxie et numéro du lot |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <sup>1</sup><br><b>Stamaril</b>                                                           | <b>04</b><br><b>JUN</b><br><b>2011</b> | <br><b>Prof. Jiří Beran, MD.</b><br><b>Supervising clinician</b>                 | <b>SanofiPasteur</b><br><b>Y-105-3</b>                                                                                                                               |

# Zápis očkování proti žluté zimnici

**„Mezinárodní osvědčení o očkování nebo profylaxi“**

## 2. Část – vpravo od středu

|                                                                                                                                         |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Platnost certifikátu<br>od ..... do .....<br>Certificate valid<br>from ..... until .....<br>Validité du certificat<br>du ..... au ..... | Úřední razítko očkovacího centra<br>Official stamp of administering centre<br>Cachet officiel du centre de vaccination |
| <b>15 JUN 2011</b>                                                                                                                      | <b>Platné razítko<br/>centra</b>                                                                                       |
| <b>14 JUN 2021</b>                                                                                                                      |                                                                                                                        |

**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 *očkování* a *přeočkování* 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 infekcionistů*

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

## *MOP*

**Zápis data zde**

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



# MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

*Očkování proti = první řádek*

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



# 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<br>Date<br>Date                                                                       | Očkování proti / Název vakcíny<br>Vaccination against / Name of vaccine<br>Vaccination contre / Nom du vaccin | Dávka / Pořadí / Aplikace<br>Dose / Sequence / Administration<br>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<br>Date<br>Date                                                                       | Očkování proti / Název vakcíny<br>Vaccination against / Name of vaccine<br>Vaccination contre / Nom du vaccin | Dávka / Pořadí / Aplikace<br>Dose / Sequence / Administration<br>Dose / Séquence / Administration |  |
|                                                                                             |                                                                                                               | <b>1,0 ml</b>                                                                                     |  |
|                                                                                             |                                                                                                               |                                                                                                   |  |
|                                                                                             |                                                                                                               |                                                                                                   |  |

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<br>Date<br>Date                                                                       | Očkování proti / Název vakcíny<br>Vaccination against / Name of vaccine<br>Vaccination contre / Nom du vaccin | Dávka / Pořadí / Aplikace<br>Dose / Sequence / Administration<br>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



# MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ

***Aplikace = Třetí řádek***

| Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination r |                                                                                                               |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum<br>Date<br>Date                                                                       | Očkování proti / Název vakcíny<br>Vaccination against / Name of vaccine<br>Vaccination contre / Nom du vaccin | Dávka / Pořadí / Aplikace<br>Dose / Sequence / Administration<br>Dose / Séquence / Administration |
|                                                                                             |                                                                                                               | i.m. LD                                                                                           |

Aplikace může být nejčastěji „i.m.“, „s.c.“, „p.o.“

Možno připojit poznámku o místě aplikace např.:

– „LD“ – left deltoid. „RD“ – right deltoid



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

*jedna nebo dvě dávky*

*Oprava strany 4-5*

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

*Rozsílho-li jste mimo podpis, ten je důležitý*

| Pravidelné a doporučené očkování proti / Routine or recommended vaccination / Vaccination régulière et recommandée contre |                                                                                                                                  |                                                                                                   |                                                      |                                                      |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Datum<br>Date<br>Date                                                                                                     | Očkování proti / Název vakcíny<br>Type of vaccination / Name of vaccine<br>Vaccination contre / Nom du vaccin                    | Dávka / Pořadí / Aplikace<br>Dose / Sequence / Administration<br>Dose / Séquence / Administration | Číslo série<br>Batch no.<br>No. de lot               | Ochrana do<br>Protection until<br>Protection jusqu'à | Podpis lékaře<br>Physician's signature<br>Signature du médecin |
| 10<br>OCT<br>2005                                                                                                         | <del>N. MENINGITIDIS TYPE "C"</del><br><del>MENINGOCOCCAL CONJUGATE</del><br>MENJUGATE                                           | 0,5 ml<br>DOSE<br>i. m.                                                                           | M-2301                                               | N.A                                                  | není mi<br>přesně<br>asi<br>8-10 let<br>Zeev                   |
| 10<br>OCT<br>2005                                                                                                         | N. MENINGITIDIS TYPE "A+C"<br>Meningococcal polysacc A+C<br>vaccine<br>TYPUS<br>ABACI<br>KABITEDI<br>MORBILLI (MUMPS)<br>RUBELLA | 0,5 ml<br>DOSE<br>i. m.                                                                           | u polysack. vakcín<br>je lepší psát<br>N.A.<br>Y-836 | 09<br>OCT<br>2008                                    | Zeev                                                           |
| 15<br>NOV<br>2005                                                                                                         | MMR<br>TRIVIVAC                                                                                                                  | 0,7 ml<br>CATCH-UP<br>s.o.                                                                        | 1-2005                                               | N.A                                                  | není mi<br>přesně<br>Zeev                                      |
| 15<br>JAN<br>2006                                                                                                         | CHOLERA + ETEC<br>DUKORAL                                                                                                        | 15/3 ml<br>I. DOSE<br>p.o                                                                         | CH-23-1                                              | N.A                                                  | každě po aplikaci<br>II. dávky<br>Zeev                         |
| 15<br>FEB<br>2006                                                                                                         | RABIES<br>RABIPUR                                                                                                                | 1 ml<br>II. DOSE<br>i. m.                                                                         | R-234                                                | N.A.                                                 | každě po aplikaci<br>III. dávky<br>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<br>Date<br>Date                                                                                                      | Očkování proti / Název vakcíny<br>Type of vaccination / Name of vaccine<br>Vaccination contre / Nom du vaccin | Dávka / Pořadí / Aplikace<br>Dose / Sequence / Administration<br>Dose / Séquence / Administration | Číslo série<br>Batch no.<br>No. du lot | Ochrana do<br>Protection until<br>Protection jusqu'à | Podpis lékaře<br>Physician's signature<br>Signature du médecin         |
| 15<br>DEC<br>2005                                                                                                         | DIPHTERIA<br><br>ADSORB. DIPHTERIA VACC.                                                                      | 0,5 ml<br>BOOSTER<br>i. m.                                                                        | Z-23404                                | 14<br>DEC<br>2015                                    | wonání<br>10. led<br>Zelen                                             |
| 15<br>MAR<br>2006                                                                                                         | TICK-BORNE ENCEPHALITIS<br><br>FSME-IMMUN 0,5 ADULT                                                           | 0,5 ml<br>BOOSTER<br>i. m.                                                                        | B-235-10                               | 14<br>MAR<br>2011                                    | druhej<br>přeočkování<br>Zelen                                         |
| 15<br>APR<br>2006                                                                                                         | JAPANESE ENCEPHALITIS<br><br>J. E. VAX                                                                        | 1,0 ml<br>I. DOSE<br>s. c.                                                                        | JE 2310                                | N.A.                                                 | radámě<br>po aplikaci<br>liti dary (druhej)<br>Zelen                   |
| 15<br>SEP<br>2006                                                                                                         | INFLUENZA<br><br>FLUARIX                                                                                      | 0,5 ml<br>DOSE<br>i. m.                                                                           | FLU 23010                              | AUTUMN<br>2007                                       | Platnost ma<br>1 rok<br>Zelen                                          |
| 25<br>SEP<br>2006                                                                                                         | VRAL HEPATITIS B<br><br>ENGERIX-B                                                                             | 1,0 ml<br>III. DOSE<br>i. m.                                                                      | AHB 226 AC                             | LONG<br>- LIFE                                       | Prof. Jiří Beran MD<br>Vaccination and Travel Medicine Centre<br>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<br>Haemophilia<br>Hémophilie                                                       | <input type="checkbox"/>            | 6. Poruchy imunity/imanosuprese<br>Immundeficiency/immunosuppression<br>Immundeficiences/immunosuppression                               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Cukrovka - Diabetes mellitus<br>Diabetes<br>Diabète                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Alergie/předtiličnost<br>Allergy/hypersensitivity<br>Allergie/hypersensibilité                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Dialýza<br>Dialysis<br>Traitement dialytique                                                              | <input type="checkbox"/>            | 8. Nežádoucí reakce na očkovací látku<br>Adverse reactions to immunization<br>Réactions indésirables<br>extraordinaires post vaccination | <input type="checkbox"/>            |
| 4. Křeče, neurologická onemocnění<br>Convulsions, neurological disorder<br>Convulsions, affections nerveuses | <input type="checkbox"/>            | 9. Další rizikové faktory<br>Other risk factors<br>Autres facteurs de risque                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Transplantace<br>Transplantation<br>Grefe                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                          |                                     |

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

|                                             |                         |
|---------------------------------------------|-------------------------|
| A (B) O                                     | Rh-pos (D+) Rh-neg (D-) |
| Protilátky / Antibodies / Anticorps<br>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, 20 U 3x/DAY, 15 OCT 2005

ZYRTEC LBC (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<br>Date                                                     | Proti nemoci<br>Against disease<br>Contre maladie | Ochrana / Protection / Protection |                       | Podpis lékaře<br>Physician's signature<br>Signature du médecin |
|                                                                   |                                                   | YES / NO                          | Do / Until / Jusqu' à |                                                                |
| 15 NOV<br>2005                                                    | VIRAL<br>HEPATITIS A                              | YES<br>13 000 IU/ml               | N.A.                  | Reew                                                           |
| 15 DEC<br>2005                                                    | VIRAL<br>HEPATITIS B                              | YES<br>8000 IU/ml                 | LONG<br>- LIFE        | Reew                                                           |
| 15 JAN<br>2006                                                    | TICK-BORNE<br>ENCEPH.                             | YES<br>1250 IU/ml                 | 14 JAN<br>2011        | Reew                                                           |

*meřime püsne; 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 tetu! Můžeme smířit!*

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

Adresa / Address / Adresse

NA HRÁZCE 746  
500 09 HRADEC KRÁLOVÉ  
CZECH REPUBLIC  
EUROPE

*adresa  
městní  
správy*

*↳ 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~~

*uláská  
opary*

Antimalariická profylaxe  
Antimalarial prophylaxis  
Prophylaxie antipaludique

} *rozloženo na opalování právní  
data by mohl vyplnit i klient!?!  
(dle uvážení)*

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

*→ pacient by měl pocest  
třeba před odjezdem  
zapísl první dávku  
po návratu poled  
je to 4 týdny od odjezdu  
z malariické oblasti  
(MALARONE - 7 dní)*