

Příloha 2

Indikace očkování proti tuberkulóze

1. Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu.
2. Dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval ve státě s vyšším výskytem tuberkulózy než 40 případů na 100 000 obyvatel. Ministerstvo zdravotnictví každoročně uveřejní seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy do 30 dnů od aktualizace provedené Světovou zdravotnickou organizací.
3. Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou.
4. Indikace k očkování vyplývá z anamnestických údajů poskytnutých lékaři novorozeneckého oddělení nebo registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost zákonnými zástupci dítěte.

Příloha 3

VZOR MEZINÁRODNÍHO OSVĚDČENÍ O OČKOVÁNÍ PROTI ŽLUTÉ ZIMNICI

Osvědčuje se, že [jméno, popřípadě jména, příjmení]....., datum narození, pohlaví, státní příslušnost....., národní průkaz totožnosti (je-li relevantní), jehož/jejíž podpis následuje byl/a v uvedený den očkován/a proti žluté zimnici v souladu s Mezinárodními zdravotnickými předpisy.

Datum	Podpis lékaře a jeho specializace	Výrobce a číslo šarže vakcíny	Osvědčení platné od	Úřední razítko poskytovatele zdravotních služeb
-------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------	---

Vysvětlivky:

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

Toto osvědčení musí vlastnoručně podepsat lékař, který na podání vakcíny dohlížel. Osvědčení musí být rovněž opatřeno jménem lékaře a otiskem úředního razítka poskytovatele zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení k podání došlo; úřední razítko však nenahrazuje podpis.

Jakákoliv změna osvědčení nebo nevyplnění kterékoli jeho části může způsobit neplatnost osvědčení.

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.

MODEL INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST YELLOW FEVER

This is to certify that [name or names, surname]....., date of birth....., sex....., nationality....., national identification document, if applicable whose signature follows.....

has on the date indicated been vaccinated against yellow fever in accordance with the International Health Regulations.

Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch No. of vaccine	Certificate valid from..... longlife	Official stamp of administering centre
------	--	---------------------------------------	--	--

Notes:

This certificate is valid only if the vaccine 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. 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 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. 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.