



# MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ A JEHO VYPLŇOVÁNÍ

*Prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.*

Pracoviště tropické a cestovní medicíny IPVZ Praha  
Centrum očkování a cestovní medicíny Hradec Králové

**U osvědčení se nesmí škrtnout ani přepisovat!**

**Mezinárodní osvědčení o očkování nebo profylaxi**  
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS  
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

**Nejlépe Pítele/Femate**

Osobní údaje (personnel): JAROSLAV NOVÁK Datum narození (date of birth): 21.04.1960 pohlaví (sex): MALE  
Stát (country): CZECH REPUBLIC  
Podpis (signature): J. Novák **Musí být podepsáno, jinak neplatné**

**Žlutá zimnice (Yellow fever)**  
**Název infekce, proti které se očkuje**

Číslo očkování (no. of doses)	Datum očkování (date of vaccination)	Název očkování (name of vaccine)	Podpis lékaře (signature of doctor)
1	24. ZEP 2017	JECCEN JAVANSKY VAKCINA ŽLUTÉ ZIMNICE	BERAN JIŘÍ
2			
3			

**Předpis lékárky, pokud je dostupná**

**Platnost na celý život!**

**Oficiální razítka**





# CÍLE PŘEDNÁŠKY



**Vysvětlit jak vyplňovat**

***Mezinárodní osvědčení o očkování nebo profylaxi***

**Vysvětlit jak vyplňovat**

***Mezinárodní očkovací průkaz***

**Přinést praktické poznatky a poznámky**



MEZINÁRODNÍ OČKOVACÍ PRŮKAZ  
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION  
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION



vystaveno pro / issued to / délivré à

JAROSLAV NOVÁK

Jméno, příjmení / Name, surname / Prénom, nom

21 JANUARY 1960

Narozen(a) / Born on / Né(e) le

Číslo pasu nebo  
cestovního dokladu

Passport No. or  
Travel Document No.

Numéro du passeport ou  
de la pièce justificative

1234567890

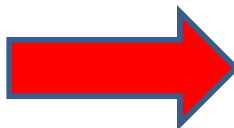


**V této části MOP  
je možné jak gumovat,  
tak i opravovat!**

***Vepsat jméno a příjmení***

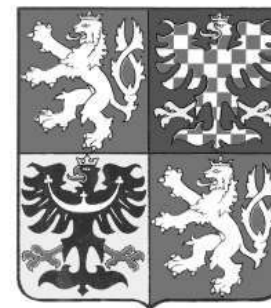


***Vepsat datum narození***



***Číslo cestovního dokladu  
napsat tužkou, nebo postupně  
dopisovat a opravovat***

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



vystaveno pro / issued to / délivré à

**Jaroslav Novák**

Jméno, příjmení / Name, surname / Prénom, nom

**21 February 1960**

Narozen(a) / Born on / Né(e) le

Číslo pasu nebo  
cestovního dokladu

Passport No. or  
Travel Document No.

Numéro du passeport ou  
de la pièce justificative

**123456789**



# 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:** *Lifelong*  
Aplikace *04JUN2016* platnost od *15JUN2016* do *14JUN2026*
- Platnost *přeočkování* – ihned = v den aplikace
- **PŘÍKLAD:** *Lifelong*  
Aplikace *04MAY2016* platnost od *4MAY2016* do *3MAY2026*
- 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)*



# 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 <b>Stamaril</b>	<b>04 JUN 2025</b>	 <b>Prof. Jiří Beran, MD. Supervising clinician</b>	<b>SanofiPasteur Y-105-3</b>



# Zápis očkování proti žluté zimnici

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

## 2. Část – vpravo od středu

<p>Platnost certifikátu od ..... do .....</p> <p>Certificate valid from ..... until .....</p> <p>Validité du certificat du ..... au .....</p>	<p>Úřední razítko očkovacího centra Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre de vaccination</p>
<p><b>15 JUN 2025</b></p> <hr/> <p><b>Lifelong</b></p>	<p><b>Platné razítko centra</b></p> 

**Oficiální razítko – mělo by mít následující údaje:**

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



**V osvědčení se nesmí škrtnat ani přepisovat!**

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

**Nejlépe Male/Female**

To je doklad, že (jméno a příjmení) ..... **JAROSLAV NOVÁK** ..... datum narození ..... **21 JAN 1960** ..... pohlaví ..... **MALE** .....  
This is to certify that (name and surname) ..... date of birth ..... sex .....  
Ceci certifie que (prénom (s) et nom) ..... né(e) le ..... sexe .....

státní příslušnost ..... **CZECH REPUBLIC** .....  
nationality .....  
nationalité .....

zde podepsaný / whose signature follows / dont la signature suit ..... **J. Novák** .....

**Musí být podepsáno, jinak neplatné**


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

1. **YELLOW FEVER**
2. **Název infekce, proti které se očkuje**
3. ....

**Název infekce, proti které se očkuje**

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

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 šarže 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 du ..... au .....	Úřední razítko očkovacího centra Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre de vaccination
<b>STAMARIL</b>	<b>24 SEP 2025</b>	<b>Belev</b> Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician	<b>SANOFI PASTEUR</b> <b>X3J012V</b>	<b>05 NOV 2026</b> <b>LIFELONG</b>	<b>Oficiální razítko</b> 
		<b>Podpis lékaře, I když jen dohlíží</b>		<b>Platnost na celý život!</b>	



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

To je doklad, že (jméno a příjmení) ..... JAROSLAV NOVÁK ..... datum narození 21 JAN 1960 ..... pohlaví MALE  
This is to certify that (name and surname) ..... date of birth ..... sex .....  
Ceci certifie que (prénom (s) et nom) ..... né(e) le ..... sexe .....

státní příslušnost ..... CZECH REPUBLIC .....  
nationality .....  
nationalité .....

zde podepsaný / whose signature follows / dont la signature suit ..... J. Novák .....

byl(a) v uvedený den očkovan(a) nebo byla aplikována profylaxe proti: ..... 1. YELLOW FEVER .....  
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: .....  
a été vacciné(e) à la date si après, ou a reçu une prophylaxie contre: .....

(název onemocnění nebo stavu) / (name of disease or condition) / (nom de la maladie ou condition) ..... 2. ....

v souladu s Mezinárodním zdravotním řádem. ..... 3. ....  
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 šarže 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 du ..... au .....	Úřední razítko očkovacího centra Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre de vaccination
1 <u>STAMARIL</u>	<u>24 SEP 2026</u>	<u>[Signature]</u> Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician	<u>SANOFI PASTEUR</u> <u>X3J012V</u>	<u>05 NOV 2026</u> <u>LIFELONG</u>	
2					
3					



# PLATNÉ RAZÍTKO CENTRA

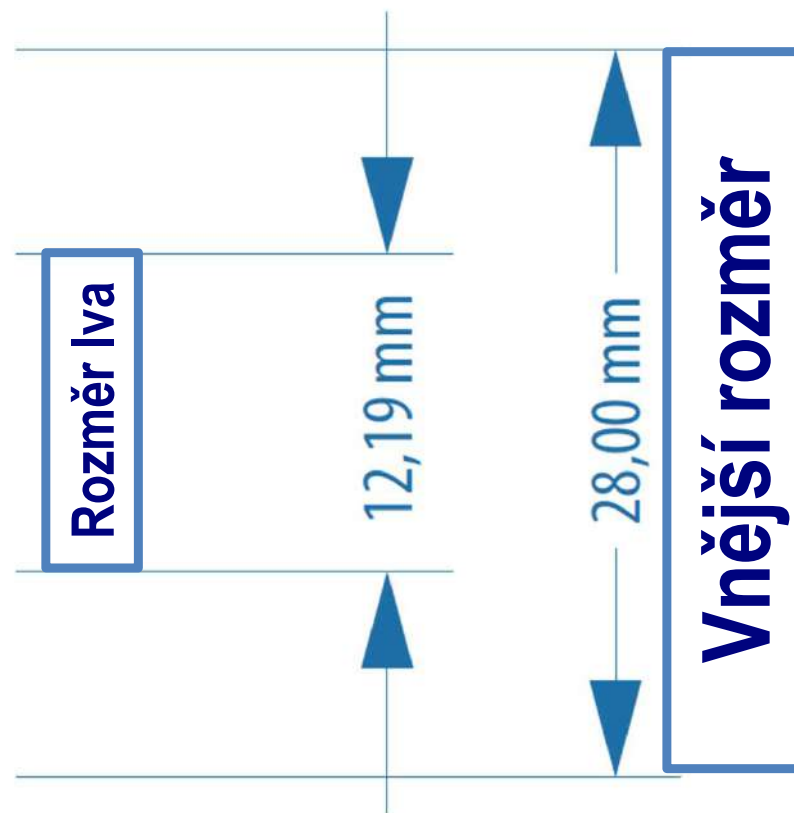


**Oficiální razítko – mělo by mít následující údaje:**

**„MOH Approved Yellow Fever Vaccination Centre + Czech Republic + Název centra + znak země“**



# PLATNÉ RAZÍTKO CENTRA



Oficiální razítko – mělo by mít následující údaje:

„**MOH Approved Yellow Fever Vaccination Centre + Czech Republic + Název centra + znak země**“



# 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
	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	
	<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
- Poliomyelitis
- Rabies, Dengue
- Japanese encephalitis
- Meningitis type „B“  
nebo „A+C+Y+W“
- Cholera + ETEC, Herpes zoster
- Tick-Borne Encephalitis

## ***Pediatrické + ostatní očkování***

- Diphtheria
- Tetanus
- Pertussis
- MMR  
Morbilli+Mumps+Rubella
- Varicella
- Rotavirus infection
- 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, Avaxim, Vaqta Pediatric, Vaqta Adult
- Engerix-B
- Typherix, Typhim Vi, Vivotif
- Imovax Polio
- Verorab, Rabipur
- Ixiaro, Qdenga
- Bexsero, Trumenba, Nimenrix, Menveo
- Vaccine Dukoral
- Encepur pro dospělé/děti
- FSME Immun 0,5 a 0,25

## *Pediatrické + ostatní očkování*

- Hexacima, Infanrix Hexa, Pediacel, Boostrix, Boostrix Polio, Adacel, Adacel Polio
- RotaTeq, Rotarix
- Tetavax, Tetanol Pur
- Priorix, M-M-RVaxPro
- Varillrix, Varivax + Zostavax, Shingrix
- Hib-vaccine, Hiberix
- Cervarix, Gardasil 9
- Prevenar 20, Capvaxive, Pneumovax23
- Influvac, Fluarix, Fluad, Vaxigrip, Fluenz Tetra



# 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	
		<b>1,0 ml</b>	

**Dávka může být nejčastěji pro aplikaci jehlou - 0,5 ml (většina vakcín)**

**0,2 ml** (Fluenz Tetra), **0,25 ml** (Encepur pro děti, FSME Immun 0,25), **0,65 ml** (Zostavax), **1,0 ml** (RotaRix p.o), **2,0 ml** (RotaTeq p.o), **1,0 ml** (Twinrix Adult, Rabipur), **3 ml/150 ml** nebo **3/75 ml** pro Dukoral (p.o.)












# UKÁZKY ZÁPISŮ

*NEJSOU DOGMATICKÉ.....*



**Dávky vakcíny do stejné aplikační oblasti!**






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 šarže Batch no. No. du lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu' à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
25 SEP 2025	VIRAL HEPATITIS A+B  TWINRIX ADULT	1.0 ml  I. DOSE  i. m. L.D.	AHABB458AF	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
22 OCT 2025	VIRAL HEPATITIS A+B  TWINRIX ADULT	1.0 ml  II. DOSE  i. m. L.D.	AHABB 458AF	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
25 MAR 2026	VIRAL HEPATITIS A+B  TWINRIX ADULT	1.0 ml  III. DOSE  i. m. L.D.	AHABB461AC	LIFELONG	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
25 SEP 2025	TYPHOID FEVER  TYPHIM VI	0.5 ml  DOSE  i. m. R.D.	X2A441V	24 SEP 2028	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
15 NOV 2025	TETANUS  TETAVAX	0.5 ml  BOOSTER  i. m. R.D.	12 - 1972	14 NOV 2040	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician

**Celoživotní**






**Střídání praví a leví deltoví sval.**






Očkování proti vzteklině dnes jen dvě dávky!

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 šarže Batch no. No. du lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu' à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
20 JUL 2026	RABIES VERORAB	0.5 ml I. DOSE i. m. R.D.	41C88P2	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
27 JUL 2026	RABIES VERORAB	0.5 ml II. DOSE i. m. R.D.	41C88P2	LIFELONG	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
03 AUG 2026	DIPHTERIA, TETANUS, PERTUSSIS, POLIO ADACEZ POLIO	0.5 ml DOSE i. m. L.D.	43654D1	02 AUG 2036	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
24 SEP 2026	DIPHTERIA, TETANUS, PERTUSSIS BOOSTRIX	0.5 ml DOSE i. m. L.D.	AC37B262CA	23 SEP 2036	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
15 APR 2026	TICK - BORNE ENCEPHALITIS ENCEPUR PRO DOSPĚLE!	0.5 ml BOOSTER i. m. L.D.	183011A	14 APR 2031	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician



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 šarže Batch no. No. du lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu' à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
27 AUG 2025	RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS INF. ABRYSSVO	0.5 ml DOSE i. m. R.D.	A237BK	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
10 OCT 2025	INFLUENZA FLUENZ TETRA	0.2 ml DOSE NASAL R.D.	T36	30 MAY 2026	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
13 DEC 2025	HPV INFECTION GARDASIL 9	0.5 ml I. DOSE i. m. L.D.	305 D130	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
02 JAN 2026	VIRAL HEPATITIS A AVAXIM	0.5 ml I. DOSE i. m. R.D.	43J73D2	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
18 FEB 2026	VIRAL HEPATITIS B ENGERIX-B 20	1.0 ml II. DOSE i. m. L.D.	AHBVD 193AB	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician



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 šarže Batch no. No. du lot	Ochrana do Protection until Protection jusqu' à	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
01 MAY 2026	N. MENINGITIS TYPE B  BEXSERO	0.5 ml  I. DOSE  i. m. L.D.	13VA276	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
14 MAY 2026	N. MENINGITIS TYPE A, C, W, Y  MENQUADFI	0.5 ml  I. DOSE  i. m. R.D.	M-2301	NA	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
15 OCT 2026	MEASLES, MUMPS, RUBELLA  M-M-R vak Pro	0.5 ml  I. DOSE  i. m. R.D.	W028627	15 OCT 2030	 Prof. Jiří BERAN, M.D. Supervising Clinician
Očkování MMR nejlépe s.c. do řasy nad triceps					



### 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 - krvácivost<br>Haemophilia<br>Hémophilie   | <input type="checkbox"/>            | 6. Poruchy imunity/imosuprese<br>Immunodeficiency/immunosuppression<br>Immunodéficience/immunosuppression                                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Cukrovka - Diabetes mellitus<br>Diabetes<br>Diabète   | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Alergie/přecitlivělost<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>B</b>	O	Rh-pos (D+)	<u>Rh-neg(D-)</u>
---	----------	---	-------------	-------------------

Protilátky / Antibodies / Anticorps

NA

### Další lékařské záznamy k jednotlivým bodům:

### Additional medical comments on numbers:

### Notes médicales complémentaires sur les numéros:

② INSULIN TREATMENT ⑥ SPLENECTOMY 2015

⑦ TO PENICILLIN, TO BEE BITE

⑧ POLLINOSIS SINCE 2021

⑨ HYPERTENSION SINCE 2023

### Dlouhodobá léčba, přípravek, dávka, datum

### Medical long-term therapy, preparation, dose, date

### Traitements médicamenteux á long terme, produit, dose, date

HUMULIN N; HUMULIN R

CETIRIZINE 100 10mg 1x1

PERINDOPRIL/INDAPAMID/AMLODIPIN

**Velmi žádoucí vyplnit pro klienta!**



Vyšetření protilátek / Antibody detection / Analyse des anticorps				
Datum Date 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 JAN 2026	VIRAL HEPATITIS A	YES 6 520 mIU/ml	LIFELONG	Žew
15 JAN 2026	VIRAL HEPATITIS B	YES 3 200 mIU/ml	LIFELONG	Žew
15 FEB 2026	TICK-BORNE ENCEPHALITIS	YES 1400 VIEU/ml	14 FEB 2031	Žew

Pasivní imunizace / Passive immunizations / Immunisation passive			
Datum Date Date	Proti nemoci Against disease Contre maladie	Název/Číslo šarže/Dávka Name/Batch No./Dose Nom/No. du lot/Dose	Podpis lékaře Physician's signature Signature du médecin
10 JAN 2024	RABIES	HR18 HR-23131 10 ml	Žew

**V naléhavém případě informujte prosím:**

**In an emergency please inform:**

**En cas d'urgence prière d'informer:**

Jméno / Name / Nom

Mrs. MONIKA NOVÁKOVÁ

Adresa / Address / Adresse

NA HRÁZCE 746/49a  
500 09 HRADEC KRÁLOVÉ  
CZECH REPUBLIC  
EUROPĚ

Telefonní číslo včetně předčíslí

Telephon No. including area code

Téléphone avec numéro de présélection

+42 603113869



**Informace je důležitá hlavně po návratu**

**Antimalarická profylaxe  
Antimalarial prophylaxis  
Prophylaxie antipaludique**

Destinace Destination Destination	Lék Drug Médicament	Dávka Dose Dose	od ..... do ..... from ..... until ..... du ..... au .....
KENYA	MALARONE	TBL/DAY	01 OCT 2025 14 OCT 2025



# DĚKUJI ZA POZORNOST

