

**Příloha č. 1**  
**Dotazník k definici rizika tuberkulózy**

Jméno a příjmení dítěte  
.....

Datum narození dítěte ..... Číslo pojištěnce (bylo-li přiděleno) .....

Název/kód zdravotní pojišťovny: .....

**I. část - vyplňuje zákonný zástupce dítěte**

Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu. Zaškrtněte:

Ano	Ne/není mi známo
++	++
++	++

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 mimo Českou republiku. Zaškrtněte:

Ano	Pokud ano, v jakém státě (vyjmenujte všechny státy)	Ne/není mi známo
++		++
++		++

.....  
.....

Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou. Zaškrtněte:

Ano	Ne/není mi známo
++	++
++	++

Bylo prováděno šetření ohledně TBC u osob, se kterými bylo dítě v kontaktu. Zaškrtněte:

Ano	Ne/není mi známo
++	++
++	++

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte  
.....

Datum ..... Podpis zákonného zástupce dítěte  
.....

**II. část - vyplňuje lékař**

Dítě má indikaci k očkování proti tuberkulóze podle přílohy č. 3 k vyhlášce č. 537/2006 Sb.,  
o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů. Zaškrtněte:

Ano	Ne
++	++
++	++

Jméno a příjmení lékaře .....

Datum ..... Podpis lékaře  
.....

Razítko zdravotnického zařízení

**Příloha č. 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 lékařem novorozeneckého oddělení nebo registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost zákonnými zástupci dítěte.

**Příloha č. 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 očkovan/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
			bez omezení	

+-----+-----+-----+-----+-----+  
-----+

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 razítka však nenahrazuje podpis.

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

+-----+-----+-----+-----+-----+  
-----+


+-----+-----+-----+-----+-----+  
-----+

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 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.