

Přílohy

Příloha č. 1 – Očkovací průkaz používaný v Československu

ZÁZNAMY

o provedených imunobiologických zkouškách a očkování proti TBC

Datum	Monrad. Mx. dg. test	Vakcina čís.

Očkoval	Reakce po očkování	Pozn.

PEČLIVĚ USCHOVEJTE

Předložte při každém očkování (přeočkování) očkovacímu lékaři!
Při zápisu dítěte do školy předložte ředitelství školy!
Při odvozech branců předložte odvádějícímu lékaři!

OČKOVACÍ PRŮKAZ

Jméno a příjmení
rok

datum narození _____ bydliště (obec) _____

Rodné číslo

okres _____ kraj _____

vystavil (razítko zdrav. zař.) _____ datum, podpis _____

JINÁ OČKOVÁNÍ

Popř. záznamy o APLIKACI PROFYLAKTICKÉHO SÉRA NEBO GLOBULINU

Druh	Množství	Datum a podpis oč. lékaře

DRUHÁ STRANA

PRAVÉ NEŠTOVICE

Datum provedení	Výsledek ± test	Podpis očkovacího lékaře

Termíny očkování. Základní očkování:
I. Očkování mezi 7. - 18. měsícem života.
Přeočkování v druhém a sedmém roce povinné školní docházky.

14 802-0

ZÁŠKRT, TETANUS A DÁVIVÝ KAŠEL (kombinovaná očkovací látka)

Datum provedení	Podpis očkovacího lékaře

Termíny očkování. Základní očkování:
I. injekce mezi 3. - 5. měsícem života.
II. injekce za 6 týdnů po I. injekci.
III. injekce za 6 měsíců po II. injekci.
I. přeočkování v 3. roce života dítěte.
II. přeočkování v 1. roce škol. docházky.

ZÁŠKRT, TETANUS

--

Přeočkování ve 3. roce školní docházky.

POLIOMYELITIS

Datum provedení	Podpis očkovacího lékaře

Termíny očkování:
Děti ve věku od ukončeního 2. měsíce do 14. měsíce.
Přeočkování:
Děti očkované proti poliomyelitidě v předchozím roce.
Typ 1 první týden v březnu.
Typ 2 a 3 poslední týden v dubnu.

SPALNIČKY

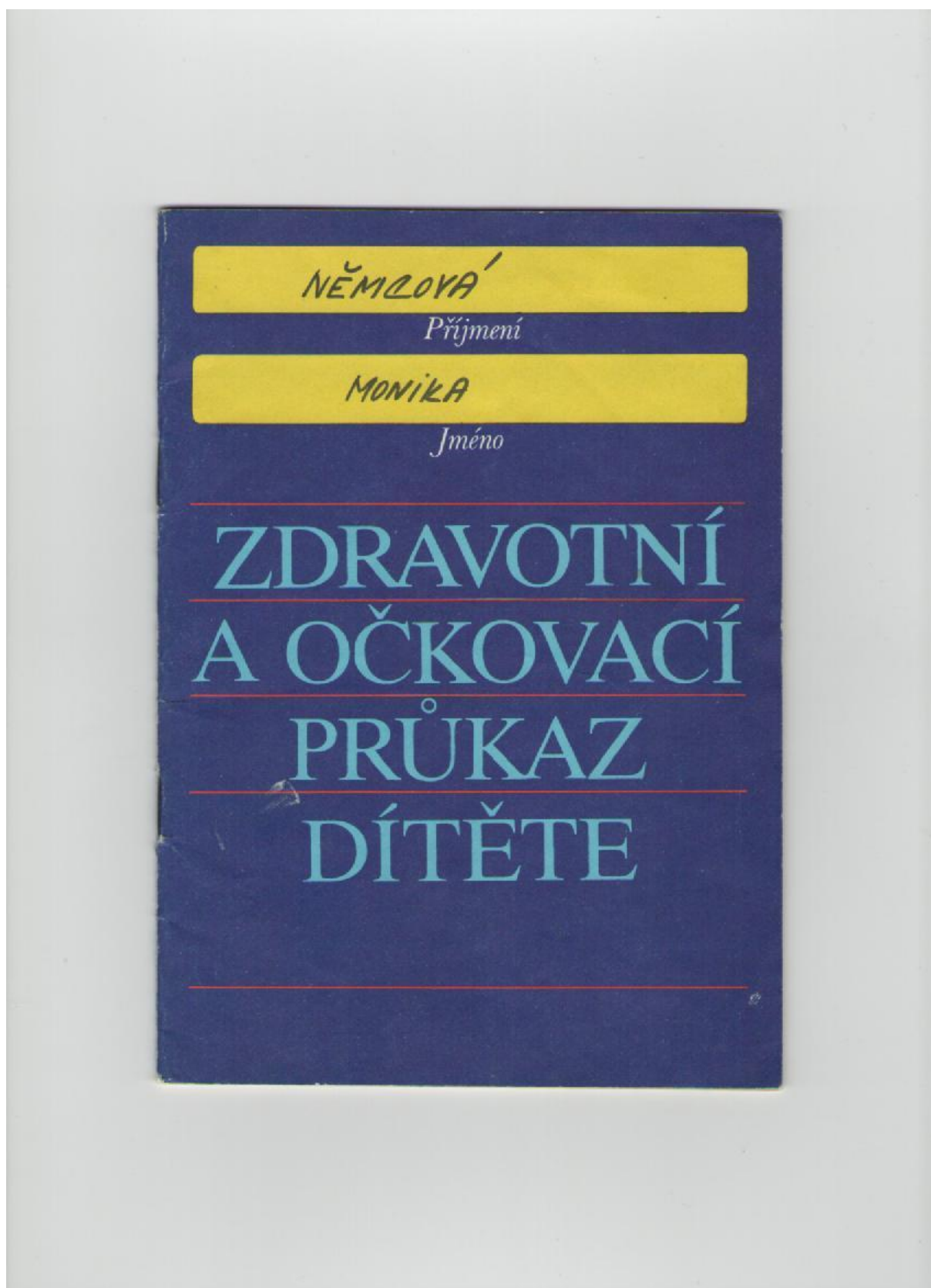
Datum provedení	Podpis očkovacího lékaře

Termíny očkování:
Co nejdříve po ukončení 1. roku života.
Přeočkování: v 1. roce školní docházky.

TETANUS

Datum provedení	Podpis očkovacího lékaře

Termíny očkování:
V posledním roce povinné školní docházky a dále vždy po 10 letech.



Příloha č. 3– Očkovací průkaz používaný v České Republice (modré zbarvení pro chlapce a červené pro dívky)



Příloha č. 4 – Očkovací průkaz používaný v České Republice



Příloha č. 5– Očkovací průkaz používaný v Saint Paulu v americkém státu Minnesota

ADULT IMMUNIZATION RECORD
 Always carry this record with you and have your healthcare professional or clinic keep it up to date.

Last name: _____ First name: _____ M.I.: _____
 Birthdate: - -
(mo.) (day) (yr.)

Patient Number: _____

Printed by Immunization Action Coalition, Saint Paul, MN
www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

Vaccine	Type of vaccine	Date given mo/day/yr	Healthcare professional or clinic	Date next dose due
Hepatitis B (HepB, HepA-HepB)				
Hepatitis A (HepA, HepA-HepB)				
If combo				
Measles, Mumps, Rubella (MMR)				
Varicella (VAR) (chickenpox)				
Zoster (shingles)				
Tetanus, Diphtheria, (Pertussis) (Td, Tdap)				

Healthcare provider: List the facility for each vaccination given. Record the person who administered the vaccine. List the date, time, lot #, and expiration date for each vaccine given. Record the name of the healthcare provider. Fill in a row for each separate antigen in the combination.

10/01 4/02/05 10/09

Last name: _____ First name: _____ M.I.: _____

Medical notes (e.g., allergies, vaccine reactions):

Vaccine	Type of vaccine	Date given mo/day/yr	Healthcare professional or clinic	Date next dose due
Pneumococcal (PPSV23, PCV13)				
Influenza (TIV, LAIV)				
Human Papillomavirus (HPV4, HPV2)				
Meningococcal (MCV4, MPSV4)				
Other				

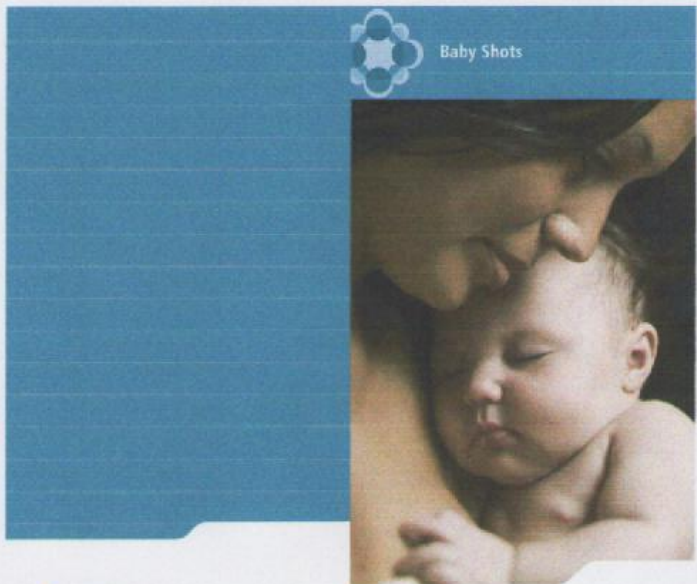
To learn more about vaccines, visit www.vaccineinformation.org & www.immunize.org

Příloha č. 6– Očkovací průkaz používaný v americkém státu Florida



	Vaccine Type <small>(Write specific type given)</small>	Date Given	Doctor or Clinic	Date Next Due
1	DTapP			
2	DTapP			
3	DTapP			
4	DTapP			
5	DTapP			
1	Hib			
2	Hib			
3	Hib			
4	Hib			
1	IPV			
2	IPV			
3	IPV			
4	IPV			
5	IPV			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			
1	MMR			
2	MMR			

This form is available printed separately as DH1588, Stock Number 5730-290-0150-0



Bureau of Immunization
 4052 Bald Cypress Way, Bin A11
 Tallahassee, FL 32309-1719
 (904) 245-4342
 Fax (904) 922-4165

Bureau of Immunization
 Immunizing Florida. Protecting Health.



DH 158-290, 909 Stock Number 5730-290-0150-0

Protect your child.

Don't miss opportunities to vaccinate.

Encourage your healthcare provider to give all age-appropriate shots to your child at every visit. Immunizations help keep your child safe from disease and out down on sick visits to your doctor's office.

Personal immunization record.

Use this card for keeping up-to-date with your child's shots and carry it in your wallet for easy reference. Make sure your doctor writes your child's shots on this immunization record at every visit.

Key to Immunization Schedule & Record.

Shot	Diseases
Hib	Haemophilus influenzae type b
Hep A	Hepatitis A
Hep B	Hepatitis B
MMR	Measles Mumps Rubella
Varicella	Varicella (chickenpox)
DTapP	Diphtheria-Tetanus-Whooping cough
DT	Diphtheria-Tetanus
Td	Tetanus-Diphtheria
Tdap	Tetanus-Diphtheria-Whooping cough
IPV	Inactivated Polio Vaccine
PCV	Pneumococcal Conjugate Vaccine
TTV	Trivalent Inactivated Influenza Vaccine
LAIV	Live Attenuated Influenza Vaccine
MCV	Meningococcal Conjugate
HPV	Human Papillomavirus

Recommended Childhood Immunization Schedule

Age	Shot
Birth	Hep B
2 months	DTapP, Hep B, Hib, IPV, PCV, Rotavirus
4 months	DTapP, Hib, IPV, PCV, Rotavirus, Flu
6 months	DTapP, Hep B, Hib, IPV, PCV, Rotavirus, Flu
12-15 months	MMR, Varicella, PCV, Hib, Hep B
12-18 months	DTapP
15-18 months	Hep A
4-5 years	DTapP, IPV, MMR, Varicella

What your child needs for protection against serious childhood diseases.

This schedule indicates the recommended ages for routine administration of currently licensed childhood vaccines. Any dose not given at the recommended age should be given at the next visit, when possible. If your child has not had shots or is behind in getting them, make an appointment now. For additional information regarding the vaccination schedule, contact your healthcare provider or county health department (for a complete county health department listing visit: www.FloridaHealth.com/childtelist.htm).

Immunization Record

	Vaccine Type <small>(Write specific type given)</small>	Date Given	Doctor or Clinic	Date Next Due
1	Hep B			
2	Hep B			
3	Hep B			
1	Hep A			
2	Hep A			
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				
Other				

Parent Information:
 Name: _____
 Date of Birth: _____
 Physician or Clinic: _____

Ink/box to Parents: Please take this card with you when you visit your doctor or clinic and have them fill in the information.

Příloha č. 7 – Očkovací průkaz používaný v městské části Columbia stát Missouri

DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE

Part 1: Child's Personal Information
Parent/Guardian: Please complete Part 1 along with the child's parent/guardian. Please print clearly.
Child's Last Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: Male Female
Child's First Name: _____ School or Child Care Facility: _____
Emergency Contact Name: _____ Phone Number: _____
Address of Child Care Facility: _____
School or Child Care Facility: _____

Part 2: Child's Health History, Examination & Recommendations
Health Provider: Please print clearly. Health Provider from which to take completed health history examination: _____
Date of Health Examination: _____
Age: _____ Months: _____
Sex: _____
Weight: _____ lbs. Height: _____ in.

HEALTH CONCERNS:
Allergies: None Food Environmental Medication Other: _____
Immunization Status: Up-to-date Delayed Not started

HEALTHY CONCENTRATIONS:
Vision Screening: Passed Failed Referred
Hearing Screening: Passed Failed Referred
Speech Development: On track Delayed Referred

HEALTHY CONCERNS:
Referral: Yes No Referred

Part 3: Tuberculosis & Lead Exposure Risk Assessment & Testing
Tuberculin Skin Test: None Positive Indeterminate
Blood Lead Level: None Positive Indeterminate

Part 4: Required Preventive Certifications and Signatures
Parent/Guardian Signature: _____
Child's Signature: _____
Date: _____

Part 5: Health Care Provider Signature
Signature: _____
Title: _____
Date: _____

DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE

Student's Name: _____ Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____ Date of Birth: _____
Sex: Male Female School or Child Care Facility: _____
Parent/Guardian Signature: _____
Signature: _____
Title: _____
Date: _____

Part 6: Immunization Status
Vaccination Status: Up-to-date Delayed Not started

Vaccine	Age Group	Status
MM (Measles, Mumps, Rubella)	12-23 months	
MMR (Measles, Mumps, Rubella)	1-6 years	
MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Varicella)	12-23 months	
MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Varicella)	4-6 years	
DTPa (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	2-6 years	
DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	15-18 months	
DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	4-6 years	
Polio (IPV, OPV)	12-23 months	
Polio (IPV, OPV)	4-6 years	
MM (Measles, Mumps, Rubella)	11-12 years	
MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Varicella)	11-12 years	
MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Varicella)	15-18 years	
MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Varicella)	19-26 years	

Part 7: Tuberculosis & Lead Exposure Risk Assessment & Testing
Tuberculin Skin Test: None Positive Indeterminate
Blood Lead Level: None Positive Indeterminate

Part 8: Required Preventive Certifications and Signatures
Parent/Guardian Signature: _____
Child's Signature: _____
Date: _____

Part 9: Health Care Provider Signature
Signature: _____
Title: _____
Date: _____

Příloha č. 8 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Monika Němcová a jsem studentka 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze obor Veřejné zdravotnictví – kombinovaná forma.

Prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma **Očkovací kalendář – minulost, současnost a budoucnost.**

Předem Vám děkuji za Váš čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku. U všech otázek je vždy jedna odpověď. Veškeré údaje získané tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou bakalářskou práci.

Uveďte, prosím, Vaše pohlaví ?

muž žena

Jaký je Váš věk ?

.....

Nejvyšší dosažené vzdělání ? ZŠ SŠ a SOŠ VOŠ
VŠ

Žijí ve Vaší domácnosti děti do 10-ti let ? ano věk ne

1. Proti jakému onemocnění se začalo očkovat v ČSR v roce 1919?

- a) mor
- b) pravé neštovice
- c) chřipka

2. V jaké kombinaci se očkuje proti zarděnkám?

- a) vakcína proti spalničkám/příušnicím/zarděnkám
- b) vakcína pro zarděnkám/tetanu/záškrtu
- c) vakcína proti zarděnkám/ TBC

3. Jaké onemocnění bylo v ČR po zavedení pravidelného očkování eliminováno (= vymýceno) ?

- a) zarděnky
- b) příušnice
- c) dětská obrna

4. Jaké z níže uvedených onemocnění patří do pravidelného očkování?

- a) mor
- b) klíšřová encefalitida
- c) Haemophilus influenzae b – u dětí vyvolává akutní zánět hrtanové příklopky

5. Jak se v současné době aplikuje očkování proti dětské obrně?

- a) kombinovanou vakcínou společně s očkováním proti tetanu, záškrtu, dávivému kašli, hemofilovým nákazám typu b a virové hepatitidě typu B
- b) na lžičku ve vyčleněných měsících v březnu a v květnu
- c) v současné době se již neočkuje

6. Proti kterému onemocnění se již neočkuje nikde na světě, onemocnění bylo eradikováno (= celosvětově vymýceno)?

- a) žlutá zimnice
- b) pravé neštovice
- c) dětská obrna

7. Proti kterému onemocnění se očkuje od 4 dne po narození?

- a) dětská obrna
- b) tuberkulóza
- c) chřipka

8. Očkování řadíme mezi ?

- a) aktivní imunitu získanou umělým způsobem
- b) pasivní imunitu získanou přirozeným způsobem
- c) vrozenou imunitu

9. Očkování proti chřipce řadíme mezi ?

- a) očkování při úrazech a nehojících se ranách
- b) očkování na žádost
- c) neočkuje se

10. Pravidelné očkování uvedené v očkovacím kalendáři ČR je pro občany?

- a) povinné a bezplatné
- b) dobrovolné
- c) povinné, ale každý občan si je hradí sám

Děkuji za Váš čas a Vaše odpovědi!

Monika Němcová