



JAK PRAWIDŁOWO WYPEŁNIĆ MIĘDZYNARODOWĄ KSIĄŻECZKĘ SZCZEPIEŃ?

Opracowanie: dr n. med. Walenty Pankiewicz, dr n. med. Joanna Surowiecka

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS / YELLOW BOOKLET / ŻÓŁTA KSIĄŻECZKA SZCZEPIEŃ



to oficjalny dokument potwierdzający przyjęcie szczepienia, uznawany przez służby graniczne na całym świecie, w szczególności przy wjeździe do krajów, gdzie wymagane są obowiązkowe szczepienia.

JAKIE DANE NALEŻY WPISAĆ?



Data szczepienia



Nazwa choroby (ENG/ FR)



Nazwa szczepionki + producent



Numer serii



Termin ważności szczepienia



Pieczętka placówki



Podpis osoby szczepiącej

KTO MOŻE DOKONAĆ WPISU?



Lekarz



Pielęgniarka



Pracownik
sanepidu



Farmaceuta*

*uprawniony do
wykonywania szczepień



WAŻNE ZASADY WPISU:

- 1.** Pisz **czytelnie i trwałym długopisem**
- 2.** Dokonuj wpisu w języku **angielskim** lub **francuskim**. **Polski wpis tylko opcjonalnie**
- 3.** Certyfikat staje się ważny **po 10 dniach**, zwykle **dożywotnio (żółta febra) lub po całym cyklu szczepień**
- 4.** Dla szczepień wielodawkowych wpisz: np. "valid after full immunization (2 doses required)"

PRZYDATNE FORMUŁKI DOTYCZĄCE WAŻNOŚCI SZCZEPIENIA:

- **Valid for life** - ważne dożywotnio
- **Valid after 2nd dose** - ważne od 2. dawki
- **Valid upon completion of full schedule** - ważne po zakończeniu cyklu
- **Valid after full immunization (2 doses required)** - ważne po całkowitym zaszczepieniu (wymagane 2 dawki)

JAK PRAWIDŁOWO ZAPISAĆ DATĘ?

Nazwy miesięcy zapisz pełną nazwą w języku angielskim. Datę wpisz podając najpierw dzień (cyfry), następnie miesiąc (słownie), a na końcu rok (cyfry), np.:

12 JUNE 2025

	JANUARY	
	FEBRUARY	
	MARCH	
	APRIL	
	MAY	
12	JUNE	2025
	JULY	
	AUGUST	
	SEPTEMBER	
	OCTOBER	
	NOVEMBER	
	DECEMBER	



Nazwa choroby PL	Nazwa choroby ENG
Błonica	Diphtheria
Cholera	Cholea
COVID-19	COVID-19
Dur brzuszny	Typhoid fever
Grypa	Influenza (Flu)
Gruźlica	Tuberculosis
Inwazyjne zakażenie Hib	Haemophilus influenzae type B infection (Hib)
Inwazyjne zakażenia meningokokowe	Invasive meningococcal disease
Inwazyjne zakażenia pneumokokowe	Invasive pneumococcal disease
Japońskie zapalenie mózgu	Japanese encephalitis
Kleszczowe zapalenie mózgu	Tick-borne encephalitis
Krztusiec	Pertussis
Ludzki wirus brodawczaka	Human papillomavirus (HPV)

Nazwa choroby PL	Nazwa choroby ENG
Świnka	Mumps
Odra	Measles
Ospa wietrzna	Chickenpox
Poliomyelitis	Polio
Półpasiec	Shingles lub Herpes zoster
Różyczka	Rubella
Tężec	Tetanus
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW A)	Hepatitis A
Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)	Hepatitis B
Wścieklizna	Rabies
Zakażenia rotawirusowe	Rotavirus infections
Zakażenia RSV	RSV
Żółta gorączka (febra)	Yellow fever

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis

This is to certify that [name] Aleksander Podróżny
date of birth 12 October 1996 sex M
nationality Poland
national identification document, if applicable NR D-DU OSOBISTEGO
whose signature follows [odręczny podpis]
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis
against: (name or disease or condition) Yellow Fever
in accordance with the International Health Regulations.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis 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 or prophylaxis. 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 erasure, 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 or prophylaxis. 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.

Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from: until:	Official stamp of the administering centre
1. <u>Stamoni</u>	<u>23 April 2015</u>	<u>Anna Farma - Pharmacist</u>	<u>Seria szczepionki</u>	<u>Effective May 2015 to 14 May 2017 for Yellow Fever or valid for life</u>	<u>Pieczętka apteki / punktu szczepień</u>
2.					

OTHER VACCINATIONS

Vaccine or prophylaxis	Date	Signature and professional status of supervising clinician	Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	Certificate valid from: until:	Official stamp of the administering centre
<u>Typhim Vi (typhoid)</u>	<u>12 March 2014</u>	<u>Anna Farma - Pharmacist</u>	<u>Seria szczepionki</u>	<u>31 March 2014</u> <u>31 March 2017</u>	<u>Pieczętka apteki / punktu szczepień</u>
<u>Ducoral (Cholera)</u>	<u>7 May 2015</u>	<u>Anna Farma - Pharmacist</u>	<u>Seria szczepionki</u>	<u>valid from the day of 2nd dose</u>	<u>Pieczętka apteki / punktu szczepień</u>
<u>Ducoral (Cholera)</u>	<u>14 May 2015</u>	<u>Anna Farma - Pharmacist</u>	<u>Seria szczepionki</u>	<u>valid until 14 May 2017</u>	<u>Pieczętka apteki / punktu szczepień</u>