

Standardimpfungen

Gemäß aktuellen Empfehlungen der ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut¹

Säuglinge: 0-12 Monate	Impfung gegen: Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), Hib, Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hepatitis B, Rotavirus (RV)-Schluckimpfung und Pneumokokken
Kleinkinder: 12-24 Monate	Einmalige Impfung gegen Meningokokken Zweimalige Impfung gegen: Masern, Mumps, Röteln, Windpocken (Varizellen)
Vorschulkinder: 5-6 Jahre	Auffrischimpfung gegen: Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis)
Jugendliche: 9-17 Jahre	Grundimmunisierungen ggf. nachholen; Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis)
Mädchen 12-17 Jahre:	Impfung gegen: HPV 16 und 18 (Gebärmutterhalskrebs)
Schwangere:	Influenza (näheres siehe ¹)
Erwachsene nach 1970 geboren, ohne oder mit nur einer Impfung gegen Masern	Einmalige Masernimpfung, bevorzugt mit Masern-Mumps-Rötelnimpfstoff
Erwachsene:	Auffrischimpfung gegen: Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten alle 10 Jahre; gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) sollte mindestens eine Grundimmunisierung und eine Auffrischung vorliegen
Erwachsene über 60 Jahre:	Zusätzlich jährliche Impfung gegen Influenza (Virusgrippe) und einmalig gegen Pneumokokken

Vorzugsweise sollten Kombinationsimpfstoffe verwendet werden.

Jeder Arztbesuch sollte genutzt werden,
den Impfstatus zu überprüfen und ggf. zu komplettieren.

¹ Den vollständigen Impfplan finden Sie bei www.rki.de



493129PD0061 DEVAC/0328/13 08/2013

Internationale Gesundheitsvorschriften / International Sanitary Regulations / Règlements Sanitaires Internationaux

INTERNATIONALE BESCHEINIGUNGEN ÜBER IMPFUNGEN ODER PROPHYLAXEMASSNAHMEN

INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION OU PROPHYLAXIE

gemäß § 22 Infektionsschutzgesetz

ausgestellt für/issued to/délivré à

Name, Vorname/Surname, given name/Nom, prénom

Geburtsdatum/Born on/Né(e) le in/à

Wohnort und Straße/Address/Domicile et adresse

Reisepass-Nr. oder
Nr. des Pers.-Ausweises

Passport no. or
Identity Card no.

Numéro du passeport ou
de la carte d'identité

Internationale Bescheinigung über Impfung oder Verabreichung einer anderen Prophylaxe (ersetzt die bisherige Gelbfieberimpfbescheinigung)

International certificate of vaccination or prophylaxis

Certificat International de vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie

Bestimmungen zur Gültigkeit: Diese Bescheinigung ist nur gültig, wenn der verwendete Impfstoff oder die Prophylaxemaßnahme von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt ist. Diese Bescheinigung muss von demjenigen, der die Impfung oder andere Prophylaxe überwacht, eigenhändig unterschrieben sein (das kann ein Arzt oder ein dazu autorisierter Mitarbeiter sein). Die Bescheinigung muss außerdem den offiziellen Stempel der verabreichenden Einrichtung enthalten, dieser wird aber nicht als Ersatz für die Unterschrift anerkannt. Jede Änderung, Radierung oder unvollständige Angaben in dieser Bescheinigung können ihre Ungültigkeit zur Folge haben. Die Gültigkeit dieser Bescheinigung erstreckt sich bis zu dem bei der Impfung bzw. Prophylaxemaßnahme angegebenen Datum. Die Bescheinigung sollte vollständig in Englisch oder Französisch ausgefüllt sein. Zusätzlich zu Englisch oder Französisch kann das Formular auch in einer anderen Sprache ausgefüllt werden.

Anmerkung: Die einzige ausdrücklich in den International Health Regulations (Internationale Gesundheitsbestimmungen, 2005) benannte Erkrankung, für die der Nachweis einer Impfung oder Prophylaxe als Einreisebedingungen verlangt werden kann, ist Gelbfieber. Wenn diese Impfung verabreicht wird, muss der Arzt/die Ärztin in das vorgesehene Feld (1. Spalte, nummeriertes Feld) „Yellow Fever“ eintragen. Dieses Zertifikat wird auch dann verwendet, wenn diese Gesundheitsbestimmungen ergänzt werden oder es eine Empfehlung der WHO in diesen Bestimmungen geben wird, eine weitere Krankheit auszuweisen.

Requirements for validity: 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.

Notes: The only disease specifically designated in the International Health Regulations (2005) for which proof of vaccination or prophylaxis may be required as a condition of entry to a State Party, is yellow fever. When administering this vaccine, the clinician must write "Yellow Fever" in the space provided on this certificate. This same certificate will also be used in the event that these Regulations are amended or a recommendation is made under these Regulations by the World Health Organization to designate another disease.

Conditions de validité: Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé. Ce certificat doit être signé de la main du clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature. Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité. Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.

Notes: La seule maladie spécifiquement visée par le Règlement sanitaire international (2005) pour laquelle la preuve de la vaccination ou de la prophylaxie peut être exigée comme condition d'entrée dans un Etat Partie, est la fièvre jaune. Lorsqu'il administre ce vaccin, le clinicien doit écrire «Fièvre jaune» dans l'espace prévu sur ce certificat. Ce même certificat sera également employé au cas où le Règlement serait modifié ou au cas où une recommandation serait faite en vertu de ce Règlement par l'Organisation mondiale de la Santé pour indiquer une autre maladie.

Internationale Bescheinigung über Impfung oder Verabreichung einer anderen Prophylaxe (ersetzt die bisherige Gelbfieberimpfbescheinigung) / International certificate of vaccination or prophylaxis / Certificat international de vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie

Hiermit wird bescheinigt, dass (Name)/This is to certify that (name)/

Nous certifions que (nom) _____

Geburtsdatum/date of birth/né(e) le _____

Geschlecht/sex/de sex _____

Nationalität/nationality/

et de nationalité _____

Impfung oder Prophylaxe Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Unterschrift und Berufsbezeichnung des impfenden Arztes Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Hersteller und Chargen-Nr. des Impfstoffes oder der Prophylaxe Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot
Datum/Date		
1		
2		
3		
4		

Ausweisnummer, falls vorhanden/national identification document, if applicable

document d'identification national, le cas échéant _____

dessen (deren) Unterschrift folgt/whose signature

follows/dont la signature suit _____

am angegebenen Datum geimpft wurde bzw. eine Prophylaxe gegen **(bitte Namen der Krankheit oder des Leidens in die erste Spalte „Impfung oder Prophylaxe“ eintragen)** erhielt/has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against **[please enter the name of disease or condition in the first column “Vaccine or prophylaxis”]** /a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre **(inscrivez le nom de la maladie ou de l'affection dans la première colonne „Vaccin ou agent prophylactique“)** /in Übereinstimmung mit den internationalen Gesundheitsbestimmungen./in accordance with the International Health Regulations. /conformément au Règlement sanitaire international.

Bescheinigung gültig von/bis Certificate valid from/until Certificat valable à partir du/jusqa'au	Stempel der verabreichenden Einrichtung Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité	
1	1	2
2		
3	3	4
4		

Impfungen im Säuglings- und Kindesalter:

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis	Haemophilus influenzae b (Hib)

Vaccinations for infants and children: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**
 Vaccinations pour nourrissons et des jeunes enfants: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken	Pneumokokken	Rotaviren	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes

Impfungen im Säuglings- und Kindesalter:

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis	Haemophilus influenzae b (Hib)

Vaccinations for infants and children: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**
 Vaccinations pour nourrissons et des jeunes enfants: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken	Pneumokokken	Rotaviren	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes

Impfungen im Jugendlichenalter:

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis	HPV

Vaccinations for adolescents: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**
 Vaccinations pour adolescents: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken	Pneumokokken	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes

Impfungen im Jugendlichenalter:

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis	HPV

Vaccinations for adolescents: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**
 Vaccinations pour adolescents: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Hepatitis B	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	Varizellen	Meningokokken	Pneumokokken	Influenza	Unterschrift und Stempel des Arztes

Standardimpfungen für Erwachsene:

Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes in die entsprechende Spalte eintragen bzw. Vignette einkleben; **entsprechende Impfung ankreuzen.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis	Masern	Mumps	Röteln	Influenza	Pneumokokken	Unterschrift und Stempel des Arztes

Vaccinations for adults: Please enter the name of vaccine and the batch no. into the corresponding column; stick in the vignette; **mark with a cross the respective vaccination.**
 Vaccinations pour adultes: Inscrivez le nom du vaccin ainsi que le numéro du lot dans la colonne correspondante; collez la vignette; **marquez d'une croix la vaccination respective.**

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Tetanus	Diphtherie	Pertussis	Poliomyelitis	Masern	Mumps	Röteln	Influenza	Pneumokokken	Unterschrift und Stempel des Arztes

Weitere Schutzimpfungen gegen Influenza (Virusgrippe)

Other vaccinations against influenza

Autres vaccinations contre la grippe

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes

Weitere Schutzimpfungen gegen Influenza (Virusgrippe)

Other vaccinations against influenza

Autres vaccinations contre la grippe

Datum Date	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes

Indikations- und Reise-Impfungen z. B. gegen Cholera, FSME, Hepatitis A, Hepatitis B, HPV
 Japanische Enzephalitis, Masern, Meningokokken, Tollwut, Typhus, Varizellen

Other vaccinations

Autres vaccinations

Datum Date	Impfung gegen Vaccination against Vaccination contre	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette) Name of vaccine and batch no. (vignette) Nom du vaccin et numéro du lot (vignette)	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician signature et cachet du médecin

Allgemeine Hinweise für den Impfling oder Sorgeberechtigten:

Gemäß § 22 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) weisen wir darauf hin, dass bei ungewöhnlichen Impfreaktionen der impfende Arzt benachrichtigt werden sollte. Er ist, falls der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diesen dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Im Falle eines Impfschadens kann Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes bestehen (§ 60 Abs. 1 IfSG). Der Antrag ist in der Regel beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen (§ 64 Abs. 1 IfSG). Weitere Auskünfte erteilt das zuständige Gesundheitsamt.

Ergebnis des Tuberkulosestestes

Tuberculin-test results / Résultats des épreuves de tuberculine

Datum Date	Probe* und ggf. Konzentration Test and concentration Épreuve et le cas échéant concentration	Reaktion** Reaction** Réaction**	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician signature et cachet du médecin

* S = Stempeltest (seit 2004 nicht mehr verfügbar), I = Intrakutantest; ** Befund in Worten eintragen (positiv bzw. negativ) / Enter test results literally / Inscrivez le résultat mot à mot

Röteln-Antikörper-Bestimmungen, nicht routinemäßig empfohlen nach aktueller STIKO

Rubella antibody assays / Dosage d'anticorps anti-rubéoliques

Datum date	Methode(n) Method(s) Méthode(s)	Titer Titers Titres	Schutz vorhanden Protection exists Protection existe		Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician signature et cachet du médecin
			ja/yes/oui	nein/no/non	

Varizellen Antikörper Bestimmung

Varicella antibody assays / Dosage d'anticorps anti-varicella

Datum date	Methoden(n) Method(s) Méthode(s)	Titer Titers Titres	Schutz vorhanden Protection exists Protrction existe		Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamps of physician signature et cachet du médecin
			ja/yes/oui	nein/no/non	

Virushepatitis B: Ergebnis von Antikörper-Untersuchungen (Anti-HBs)

Hepatitis B: Results of antibody assay (Anti-HBs)

Hépatite B: Resultats des dosages d'anticorps (Anti-HBs)

Datum Date	Untersuchung/Test Test Épreuve	Ergebnis Result Résultat	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician signature et cachet du médecin

Virushepatitis A: Ergebnis von Antikörper-Untersuchungen (Anti-HAV)

Hepatitis A: Results of antibody assay (Anti-HAV)

Hépatite A: Resultats des dosages d'anticorps (Anti-HAV)

Datum Date	Untersuchung/Test Test Épreuve	Ergebnis Result Résultat	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician signature et cachet du médecin

Passive Immunisierung mit humanen (oder heterologen) Immunglobulinen

(z. B. Standard-Immunglobulin, Tetanus- oder andere spezielle Immunglobuline)*

Passive immunizations with human (or heterologous) immunoglobulins

(e. g. standard immunoglobulin, tetanus or other special immunoglobulins)*

Immunisations passives avec immunoglobulines humaines (ou hétérologues)

(p. e. immunoglobulines standards, tétanos ou autres immunoglobulines spécialités)*

Datum Date	Typ/Chargen-Nr. Type/Batch No. Type/N° du lot	Dosis Dose	Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician signature et cachet du médecin

* Aktive Immunisierung siehe entsprechende Seiten dieses Ausweises

* Active immunizations see relevant pages of this certificate

* Immunisations actives voyez pages correspondantes de ce certificat

Blutgruppe und Rh-Faktor

Blood group and Rhesus factor / Groupe sanguin et facteur Rh

A B 0	Rh-pos (D+)/Rh-neg (D-)
-------	-------------------------

»Rh-positiv« bzw. »Rh-negativ« wörtlich eintragen / Write in full "Rh-positive" or "Rh-negative" / Indiquez toutes lettres «Rh-positif» ou «Rh-négatif»

Rh-Formel / Rh-formula / Formule Rh	Antikörper / Antibodies / Anticorps
-------------------------------------	-------------------------------------

Ärztliche Vermerke über medizinische Risikofaktoren bei Impfungen
Medical comments on risk factors concerning vaccinations
Remarques du médecin concernant les facteurs de risque médicaux

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Bluter (Haemophilie)/
Haemophilia/Hémophilie | <input type="checkbox"/> | 6. Immundefekt/-suppression
Immunodefect/-suppression
Immunodéficience/-suppression | <input type="checkbox"/> |
| 2. Diabetes /Diabetes /Diabète | <input type="checkbox"/> | 7. Allergien /Unverträglichkeiten
Allergies/incompatibilities
Allergies/incompatibilités | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dialysebehandlung
Dialytic treatment
Traitement dialytique | <input type="checkbox"/> | 8. Außergewöhnliche Impfreaktionen
Adverse reactions to immunization
Réactions extraordinaires post
vaccinales | <input type="checkbox"/> |
| 4. Krämpfe, Nervenleiden
Convulsions, nervous disorder
Convulsions,
affections nerveuses | <input type="checkbox"/> | 9. Andere medizinische Risikofaktoren
Other medical risk factors
Autres facteurs de risque médicaux | <input type="checkbox"/> |
| 5. Transplantation/Greffe | <input type="checkbox"/> | | |

Datum/Date/Unterschrift und Stempel des Arztes/Signature and stamp of physician/
Signature et cachet du médecin

Durchgemachte Infektionskrankheiten
Gone through infections
Infections subies

	Datum Date	Untersuchung Investigation Étude
Masern/Measles/ Rougeole		
Mumps/Mumps / Oreillons		
Röteln/Rubella/ Rubéole		
Varizellen/Varicella/ Varicelle		

Wörterbuch / Dictionary / Dictionnaire

Deutsch	Englisch	Französisch
Cholera	Cholera	Choléra
Diphtherie	Diphtheria	Diphthérie
Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b
Hepatitis A	Hepatitis A	Hépatite A
Hepatitis B	Hepatitis B	Hépatite B
Humanes Papillomvirus (HPV)	Human papilloma virus (HPV)	Papillomvirus humain
Influenza (Virusgrippe)	Influenza (flu)	Grippe
Japanische Enzephalitis	Japanese encephalitis	Enzéphalite japonaise
Masern	Measles	Rougeole
Meningokokken	Meningococcal disease	Méningococque
Mumps (Ziegenpeter)	Mumps	Oreillons
Pertussis (Keuchhusten)	Pertussis, Whooping cough	Pertussis, Coqueluche
Pneumokokken	Pneumococcal disease	Pneumocoque
Polio (Kinderlähmung)	Poliomyelitis	Poliomyélite
Röteln	Rubella	Rubéole
Rotavirus	Rotavirus	Rotavirus
Tetanus (Wundstarrkrampf)	Tetanus	Tétanos
Tollwut	Rabies	Rage
Tuberkulose (Tbc)	Tuberculosis (Tb)	Tuberculose
Typhus	Typhoid fever	Fièvre typhoïde
Varizellen (Windpocken)	Varicella, Chickenpox	Varicelle

MALARIASCHUTZ

Malaria ist eine ernstzunehmende und manchmal tödliche Erkrankung, die in vielen tropischen und subtropischen Gebieten vorkommt. Es gibt keine Impfung gegen Malaria, aber Sie können sich gegen Moskitostiche schützen (durch Nutzung von Moskitonetzen und Repellents). Zusätzlich können Antimalariatabletten sinnvoll sein, die regelmäßig zum Schutz eingenommen werden oder als Notfallmedikation bereit gehalten werden, wenn keine medizinische Hilfe verfügbar ist. Das Infektionsrisiko und die Wirksamkeit gegen den Parasiten sind unterschiedlich und ändern sich. Sie sollten Rat bezüglich der Verwendung von Anti-Malariamedikamenten von Ihrem Arzt, der nächsten spezialisierten Einrichtung oder der aktuellsten Ausgabe des WHO BÜchleins „International travel and health“ einholen. Falls Sie Antimalaria-Medikamente einnehmen, sollten Sie diese streng gemäß Verschreibung verwenden und für die gesamte Zeit, die sie verschrieben sind. Bitte nicht auf nüchternen Magen nehmen sondern direkt nach einer Mahlzeit. Keine Methode kann kompletten Schutz garantieren. Mit der Malaria falciparum, die tödlich enden kann, muss immer gerechnet werden, wenn Fieber mit oder anderen Symptomen irgendwann zwischen einer Woche nach der ersten Möglichkeit sich anzustecken und bis 3 Monate (selten auch später) nach der letzten Möglichkeit, sich anzustecken, auftritt. In diesem Fall müssen Sie sofort ärztlichen Rat einholen und Ihren Arzt informieren, dass sie sich in einem Malariagebiet aufgehalten haben.

PROTECTION AGAINST MALARIA

Malaria, a serious and sometimes fatal disease, remains endemic in a great many tropical and subtropical countries. You cannot be vaccinated against malaria, but you can protect yourself against mosquito bites (use of mosquito nets, repellents). In addition, antimalarial tablets may be useful, taken regularly for protection and/or kept in reserve for the emergency treatment of a fever if medical care is not available. The risk of infection and the response of the parasites to drugs are variable and changing. You should obtain advice concerning the use of antimalarials from your doctor or from the nearest specialized institution, or from the latest edition of WHO's booklet International travel and health. If you take antimalarial tablets for protection, you should take them with absolute regularity as prescribed, and for the full duration prescribed, preferably not on an empty stomach but during or straight after a meal. No method can guarantee complete protection. Falciparum malaria, which can be fatal, must always be suspected if fever, with or without other symptoms, develops at any time between one week after the first possible exposure to malaria and three months (or even later in rare cases) after the last possible exposure. You should seek medical attention immediately and tell your doctor that you have been in a malarious region.

PROTECTION CONTRE LE PALUDISME

Le paludisme, maladie grave, parfois mortelle, sévit encore à l'état endémique dans un très grand nombre de pays tropicaux et subtropicaux. Vous ne pouvez pas être vacciné contre le paludisme, mais vous pouvez vous protéger contre les piqûres de moustiques (usage de moustiquaires, répulsifs). En outre, les médicaments antipaludiques peuvent être utiles, lorsqu'ils sont pris régulièrement à titre préventif et/ou lorsqu'ils sont gardés en réserve pour le traitement d'urgence d'une fièvre en l'absence de soins médicaux. Le risque d'infection et la réponse des parasites aux médicaments sont variables et changeants. Concernant l'utilisation de médicaments antipaludiques, veuillez consulter votre médecin, ou l'institution spécialisée la plus proche ou encore la dernière édition de la brochure de l'OMS Voyages internationaux et santé. Si vous prenez des médicaments antipaludiques à titre préventif, il est nécessaire de les prendre de façon absolument régulière comme prescrits, et pendant toute la durée prévue, de préférence pendant ou immédiatement après un repas plutôt qu'à jeun. Aucune méthode ne peut garantir une protection complète. Le paludisme à falciparum, qui peut être mortel, doit toujours être suspecté en cas d'épisode fébrile, accompagné ou non d'autres symptômes, survenant à un moment quelconque entre une semaine après la première exposition possible à l'infection et trois mois (ou même davantage dans des cas rares) après la dernière exposition possible. Ne manquez pas de consulter immédiatement votre médecin et de l'informer de votre séjour dans une région impaludée.

INFORMATIONEN FÜR ÄRZTE

1. Das Datum der Impfung in jeder Bescheinigung muss so erfolgen:
Tag, Monat, Jahr; der Monat in Buchstaben. Beispiel: 1. Januar 2008
2. Ist eine Impfung aus medizinischen Gründen kontraindiziert, sollte der Arzt dem Reisenden einen schriftlichen Bescheid geben, den die Gesundheitsbehörde beachten sollte.
3. Die Impfbescheinigungsvorschriften der Länder werden von der WHO veröffentlicht. Informationen über autorisierte Gelbfieberstellen sind von lokalen und nationalen Gesundheitsbehörden erhältlich.
4. Der Arzt sollte immer die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass sein Patient, seine Patientin an einer Krankheit leidet, die mit seiner Reise zusammenhängt.

INFORMATION FOR PHYSICIANS

1. The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence:
day, month, year – the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.
2. If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.
3. Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in International travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.
4. The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

1. La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant:
jour, mois, année – le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.
2. Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir par écrit au voyageur un avis circonstancié, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
3. Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
4. Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.