The Public Health Agency of Sweden
National IHR Focal Point Sweden

Agence de la santé publique de Suède
Point Focal National RSI Suède

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis

International Health Regulations (2005)

Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Règlement sanitaire international (2005)

Issued to / Délivré à

.....

Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage

.....

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.

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis

This is to certify that (name)

.....

date of birth ..... sex .....

nationality .....

national identification document, if applicable .....

whose signature follows .....

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition)

.....

in accordance with the International Health Regulations.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Date Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable
1.		
2.		

Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Nous certifions que (nom)

.....

né(e) le ..... de sexe .....

et de nationalité .....

document d'identification national, le cas échéant .....

dont la signature suit .....

a été vacciné(e) ou a recu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la maladie ou de l´affection)

.....

conformément au Règlement sanitaire international.

Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l´agent prophylactique et numéro du lot	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du: jusqu'au:	Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis

This is to certify that (name)

.....

date of birth ..... sex .....

nationality .....

national identification document, if applicable .....

whose signature follows .....

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition)

.....

in accordance with the International Health Regulations.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Date Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable
1.		
2.		

Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Nous certifions que (nom)

.....

né(e) le ..... de sexe .....

et de nationalité .....

document d'identification national, le cas échéant .....

dont la signature suit .....

a été vacciné(e) ou a recu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la maladie ou de l´affection)

.....

conformément au Règlement sanitaire international.

Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l´agent prophylactique et numéro du lot	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du: jusqu'au:	Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité

Other Vaccinations / Autres vaccinations

Disease targeted Maladie visée	Date Date	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin, marque, et numéro du lot

Next booster (date) Prochain rappel (date)	Signature Signature

Other Vaccinations / Autres vaccinations

Disease targeted Maladie visée	Date Date	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin, marque, et numéro du lot

Next booster (date) Prochain rappel (date)	Signature Signature

Other Vaccinations / Autres vaccinations

Disease targeted Maladie visée	Date Date	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin, marque, et numéro du lot

Next booster (date) Prochain rappel (date)	Signature Signature

Information for physicians

The date should be recorded in the following sequence: day, month, year, with the month written in letters, e.g. 8 January 2007.

Certificates are individual and shall in no circumstances be used collectively. Separate certificates shall be issued for children. A parent or guardian shall sign the certificate when the child is unable to write.

If vaccination or prophylaxis is contraindicated on medical grounds, the supervising clinician shall provide the person with a written opinion, written in English or French, which the competent authorities on arrival should take into account. The supervising clinician and competent authorities shall inform such persons of any risk associated with non-vaccination.

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.

The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

Renseignements destinés aux médecins

La date de la vaccination devrait être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année, le mois étant indiqué en lettres, Example 8 janvier 2007.

Les certificats sont individuels et ne doivent en aucun cas être utilisés à titre collectif. Les enfants doivent être munis de certificats distincts. Lorsque le certificat est délivré à un enfant qui ne sait pas écrire, un de ses parents ou tuteurs doit le signer à sa place.

Si la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie est contre-indiquée pour des raisons médicales, le médicin responsable doit fournir par écrit à l'intéressé un avis circonstancié, rédigé en anglais ou en français, que les autorités compétentes du lieu d'arrivée doivent prendre en compte. Le clinicien responsable et les autorités compétentes informent l'intéressé de tout risque associé à la non-vaccination.

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.

Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.

Denna titel kan beställas från
Folkhälsomyndighetens publikationsservice,
e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se
eller via www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material.

© Folkhälsomyndigheten, 2022.
Upplaga 5:6 Ljungbergs tryckeri i Klippan AB.
Artikelnummer 24252.

Folkhälsomyndigheten
PUBLIC HEALTH AGENCY OF SWEDEN

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna **Östersund** Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.
www.folkhalsomyndigheten.se