

## 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 : 1<sup>er</sup> 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.

12

H00-696720



### 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

TRI HARJONO PAMUNGKAS

Passport number or travel document number

Numéro du passeport ou du document de voyage

B 1115055

# INTERNATIONAL CERTIFICATE\* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that (name) .....  
 date of birth 07-07-1984 sex MALE  
 nationality INDONESIAN  
 national identification document, if applicable .....  
 whose signature follows [Signature]  
 has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis  
 against : (name of disease or condition) YELLOW FEVER 0.5 ml  
 .....  
 in accordance with the International Health Regulations.

| Vaccine or prophylaxis<br>Vaccin ou agent<br>prophylactique | Date<br>Date       | Signature and professional<br>status of supervising<br>clinician<br>Signature et titre du<br>clinicien responsable |
|---|--------------------|--|
| 1. <u>YELLOW FEVER 0.5 ml</u>                               | <u>07 JUL 2018</u> | <u>[Signature]</u>   |
| 2. <u>YELLOW FEVER 0.5 ml</u>                               | <u>07 JUL 2018</u> | <u>[Signature]</u>   |
| 3. <u>YELLOW FEVER 0.5 ml</u>                               | <u>07 JUL 2018</u> | <u>[Signature]</u>   |

\* Requirements for validity of certificate on page 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 reçu des agents prophylactiques à la date  
 indiquée contre: (nom de la maladie ou de l'affection)  
 .....  
 conformément au Règlement sanitaire international.

| Manufacturer and<br>batch no. of vaccine or<br>Fait de<br>de   | Certificate valid<br>from:<br>until:<br>Certificat valable à<br>partir du :<br>jusqu'au : | Official stamp of the<br>administering centre<br>Cachet officiel du<br>centre habilité |
|--|---|--|
| <b>STAMARIL</b><br>Vaccin de la fièvre jaune (vivant)<br>Vaccin contre la fièvre jaune<br>(Vivax)<br>Pouvoir/powder/Polo<br>1 dose/dose<br>0.5 ml<br>Se n'a pas de la recommandation<br>Sanofi Pasteur | —   |  |
| Manuf.:<br>Lot/Lote: 26042017<br>Exp/Cad: P3D79<br>03-2020<br>105 977190   | —   |  |
|  |   |  |

\* Voir les conditions de validité à la page 3.