Հավելված N 4

ՀՀ կառավարության 2016 թ.

մարտի 17-ի նիստի N 10

արձանագրային որոշման

**ԻՄՈՒՆԱԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Իմունականխարգել ման ազգային ծրագրի նպատակներ և խնդիրներ** | **Ցուցանիշ** | **Բնորոշում** | **Տեղեկատվության աղբյուր** | **Բազային տեղեկատվություն** | **Ակնկալվող  արդյունք** |
| Նպատակ 1. Հայաստանի Հանրապետության «պոլիոմիելիտից ազատ» կարգավիճակի պահպանումը | Վայրի պոլիովիրուսի փոխանցման դեպքերի բացակայություն | Պոլիոմիելիտի վերացման Եվրոպական տարածաշրջանային հավաստագրման հանձնաժողովին ներկայացվող տարեկան հաշվետվություն | Տարեկան հաշվետվություն | 2015 թվականին` վայրի պոլիովիրուսի փոխանցման բացակայություն | 2020 թվականին` վայրի պոլիովիրուսի փոխանցման բացակայություն |
| Նպատակ 2. Հայաստանի Հանրապետությունում կարմրուկի և կարմրախտի տեղական փոխանցման վերացում | Կարմրուկի և կարմրախտի տեղական փոխանցման բացակայություն ավելի քան 12 ամսվա ընթացքում | Եվրոպական տարածաշրջանային կարմրուկի և կարմրախտի վերացման սերտիֆիկացիոն հանձնաժողովին ներկայացվող տարեկան հաշվետվություն | Տարեկան հաշվետվություն | 2015 թվականին` կարմրուկի և կարմրախտի տեղական փոխանցման բացակայություն | 2018 թվականին` կարմրուկի և կարմրախտի տեղական փոխանցման վերացման հավաստագրում:  2020 թվականին հավաստագրի առկայություն: |
| Նպատակ 3. Հեպատիտ Բ հիվանդության վերահսկում | Մինչև 18 տարեկանների շրջանում սուր հեպատիտ Բ դեպքերի բացակայություն /հիվանդացությունը <1/100 000 բնակչի հաշվով | Վարչական վիճակագրական հաշվետվություն /Պ4/հ/ | Տարեկան հաշվետվություն | 2015 թվականին` Մինչև 18 տարեկանների շրջանում սուր հեպատիտ Բ հիվանդացությունը <1/100 000 բնակչի հաշվով | 2020 թվականին`  Մինչև 18 տարեկանների շրջանում սուր հեպատիտ Բ հիվանդացությունը <1/100 000 բնակչի հաշվով |
| Նպատակ 4. Հայաստանի Հանրապետությունում ազգային մակարդակում և բոլոր վարչական տարածքներում պատվաստումներում ընդգրկվածության նպատակային ցուցանիշների ապահովում | 1. Բոլոր տարիքային խմբերում ≥ 90% ամբողջական ընդրկվածություն 2. Ազգային մակարդակում ԱԿԴՓ բաղադրիչով երեք դեղաչափ պատվաստումներում ≥ 95% ընդրկվածություն | Վարչական վիճակագրական հաշվետվություն /Պ1/հ/ | Տարեկան հաշվետվություն | 1. 2015 թվականին ամբողջական ընդգրկվածությունը` 1 տարեկան` 92% 2 տարեկան` 92% 7 տարեկան` 95%  2. 2015 թվականին ազգային մակարդակում ԱԿԴՓ բաղադրիչով հնգավալենտ 3 դեղաչափ պատվաստումներում` 93% | 2020 թվականին ամբողջական ընդգրկվածությունը. 1 տարեկան` ≥ 93% 2 տարեկան` ≥ 93% 7 տարեկան` ≥ 95%  Ազգային մակարդակում ԱԿԴՓ բաղադրիչով հնգավալենտ 3 դեղաչափ պատվաստումներում ≥ 95% |
| Նպատակ 5. Ավելի շատ թվով մարդկանց պաշտպանություն ավելի շատ թվով հիվանդություններից` ապացուցողական տվյալներով հիմնավորված նոր պատվաստանյութերի ներդրման միջոցով | Մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի դեմ և հեքսավալենտ /ԱԿԴՓ+ՀեպԲ+Հիբ+ԻՊՎ/ պատվաստանյութերի ներդրում | ՀՀ կառավարության որոշմամբ Պատվաստումների ազգային օրացույցի փոփոխություն | ՀՀ կառավարության որոշում | 2015 թվականին Պատվաստումների ազգային օրացույցում ներառված չէ | Պատվաստանյութերի ազգային օրացույցում 2018 թվականին մարդու պապիլոմավիրուսային վարակի դեմ և հեքսավալենտ պատվաստանյութերի առկայություն |
| Նպատակ 6. Իմունականխարգելման ազգային ծրագրի կայուն ֆինանսավորման ապահովում | Ազգային մակարդակում բոլոր պատվաստանյութերի մատակարարման ընդհատում ոչ ավել քան 1 ամիս | ԱՀԿ-ՄԱԿ ՄՀ միացյալ հաշվետվություն Վարչական վիճակագրական հաշվետվություն /Պ2/հ/ | Տարեկան հաշվետվություն | 2015 թվականին ` բոլոր պատվաստանյութերը ազգային մակարդակում առկա են | 2018-20 թվականներին ` բոլոր պատվաստանյութերը ազգային մակարդակում առկա են /ընդհատում չի գրանցվել/ |
| Խնդիր 1. Քաղաքական կամքի դրսևորում, անհրաժեշտ միջոցների մոբիլիզացում | 1. Իմունականխարգելման հարցերով խորհրդատվական հանձնաժողովը գործուն է: 2. Մեկ նորածնի հաշվարկով պլանային պատվաստումների համար հատկացված միջոցները | 1. Իմունականխարգելման հարցերով խորհրդատվական հանձնաժողովը հանդիպում է առնվազն եռամսյակը մեկ անգամ 2. Պետական բյուջեից հատկացումները` ըստ տարիքային խմբերի | 1.Հանձնաժողովի նիստի արձանագրություն 2.Պետական բյուջե | 1. 2015 թվականին` 4 նիստի արձանագրություն  2. 2015 թվականին մեկ նորածնի հաշվարկով պլանային պատվաստանյութերի համար ծախսը՝  80 ԱՄՆ դոլարին համարժեք դրամ | 2016-20 թվականներին` տարեկան առնվազն 4 անգամ հանձնաժողովը հանդիպել է  2020 թվականին մեկ նորածնի հաշվարկով պլանային պատվաստանյութերի համար ծախսը` 120 ԱՄՆ դոլարին համարժեք դրամ |
| Խնդիր 2. Հզոր և կայուն իմունականխարգելման համակարգի գործունեության ապահովում՝ յուրաքանչյուր ոք հասկանում և ընդունում է, որ պատվաստումը մարդու իրավունքներից է: | Կառավարելի հիվանդության բռնկման դեպքում ազգային մակարդակում հաղորդակցության պլան | Ազգային մակարդակում կառավարելի հիվանդության բռնկման դեպքում հաղորդակցության պլանի առկայություն | Ազգային մակարդակում կառավարելի հիվանդության բռնկման դեպքում հաղորդակցության պլանի առկայություն | Կգնահատվի 2016 թվականից | 2016 թվականին կառավարելի հիվանդության բռնկման դեպքում հաղորդակցության պլանը մշակվել է |
| Խնդիր 3. Իմունականխարգելման ծառայությունների մատչելիության և դրանց համահավասար հասանելիության ապահովում: | 1.Բժշկական կազմակերպությունների տոկոս, որոնք ապահովում են ԱԿԴՓ բաղադրիչով երեք դեղաչափ պատվաստումներում ≥ 95% ընդրկվածություն 2. Բժշկական կազմակերպությունների տոկոս, որոնք ապահովում են ԱԿԴՓ բաղադրիչով երեք դեղաչափ պատվաստումներում ≥ 90% ընդրկվածություն | Վարչական վիճակագրական հաշվետվություն /Պ1/հ/-Բժշկական կազմակերպությունների թիվ , որոնք ապահովում են ԱԿԴՓ բաղադրիչով երեք դեղաչափ պատվաստումնե րում ≥ 90% ընդրկվածություն | Տարեկան հաշվետվություն | 1.2015 թվականին` 77 տոկոս /362-ից 278-ը/  2.2015 թվականին` 88 տոկոս /362-ից 317-ը/ | 1.2020 թվականին` 90 տոկոս /362-ից 326-ը/  2. 2015 թվականին` 95 տոկոս /362-ից 344-ը/ |
| Խնդիր 4. Իմունականխարգելման ծառայությունների ինտեգրում առողջապահական համակարգում և համակցում բժշկական այլ ծառայությունների հետ: | Բժշկական կազմակերպությունների տոկոս, որոնք ապահովում են ԱԿԴՓ բաղադրիչով պատվաստումներում ընդգրկվաածության կորուստ առաջին և երրորդ դեղաչափերի միջև =< 5% ընդրկվածության կորուստ | Վարչական վիճակագրական հաշվետվություն /Պ3/հ/- Բժշկական կազմակերպությունների թիվ, որոնք ապահովում են =< 5% ընդրկվածության կորուստ ԱԿԴՓ բաղադրիչով առաջին և երրորդ պատվաստումներում (ԱԿԴՓ1-ԱԿԴՓ3 x100/ԱԿԴՓ1 ) | Տարեկան հաշվետվություն | 2015 թվականին` 70 տոկոս /362-ից 253-ը/ | 2020 թվականին` 90 տոկոս /362-ից 326-ը/ |
| Խնդիր 5. Իմունականխարգելման ազգային ծրագրի կայուն ֆինանսավորման և որակյալ պատվաստանյութերով անընդմեջ մատակարարման ապահովում: | Բժշկական կազմակերպությունների տոկոս, որտեղ չի գրանցվել պատվաստանյութերի մատակարարման ընդհատում | Եռամսյակային աջակցողական մոնիթորինգի տեղեկատվություն Բժշկական կազմակերպությունների թիվ, որտեղ չի գրանցվել պատվաստանյութերի մատակարարման ընդհատում | Եռամսյակային աջակցողական մոնիթորինգի տեղեկատվություն | Կգնահատվի 2016 թվականից | 2018 թվականին ` իմունականխարգելում իրականացնող բոլոր բժշկական կազմակերպություններում պատվաստանյութերի ընդհատում չի գրանցվել |

Հավելված N 5

ՀՀ կառավարության 2016 թ.

մարտի 17-ի նիստի N 10

արձանագրային որոշման

**ՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ԿԱՄ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ**

**ՎԿԱՅԱԿԱՆ**

**Միջազգային առողջապահական կանոններ (2005)**

**INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS**

**International Health Regulations (2005)**

**Certificat international de vaccination ou de prophylaxie**

***Réglement sanitaire international (2005)***

Տրված /Issued to / Délivré à

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Անձնագրի սերիան -----------------------------------------------------------------------------------

Passport number or travel document number

Numéro du passeport ou du document de voyage

**ՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ԿԱՄ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՎԿԱՅԱԿԱՆ**

**INTERNATIONAL CERTIFICATE\* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS**

**Certificat international de vaccination ou de prophylaxie**

ԱՅՍ ՎԿԱՅԱԿԱՆԸ ՎԱՎԵՐ Է, եթե պատվաստանյութը կամ կանխարգելիչ միջոցառումը հաստատվել են ԱՀԿ-ի կողմից:

Այս վկայականը պետք է ստորագրված լինի պատվաստում կամ կանխարգելիչ միջոցառման իրականացումը վերահսկող բժշկի որակավորում ունեցող մասնագետի կամ լիազորված այլ անձի կողմից: Վկայականը պետք է վավերացվի պատվաստումը կամ կանխարգելիչ միջոցառումն իրականացնող կենտրոնի կնիքով: Պաշտոնական ստորագրության դրոշմակնիքն անընդունելի է:

Այս վկայականում արված յուրաքանչյուր ուղղում, ջնջում կամ սխալ լրացում դարձնում է այն անվավեր:

ԱՅՍ ՎԿԱՅԱԿԱՆԻ ՎԱՎԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆ ուժի մեջ է մինչև տվյալ պատվաստման կամ կանխարգելիչ միջոցառման համար նախատեսված ժամկետը: Վկայականը պետք է լրացվի հայերենով և անգլերենով կամ ֆրանսերենով:

*Նկատառում*

Միջազգային առողջապահական կանոններով (2005) միայն դեղին տենդ հիվանդության համար կարող է պահանջվել պատվաստում կամ կանխարգելում` որպես անդամ երկրներ մուտք գործելու պարտադիր պայման: Այս պատվաստման դեպքում բուժաշխատողը պետք է գրի «Դեղին տենդ»` վկայականի համապատասխան տողում: Սույն վկայականում կարող են նշվել նաև այլ հիվանդությունների դեմ կատարվող պատվաստումների կամ կանխարգելիչ միջոցառումներ:

***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 établiintégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglaisou du français.

***Notes***

La seule maladie spécifiquement visée par le Règlement sanitaire international (2005) pour laquelle la preuve de lavaccination 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 recommandationserait faite en vertu de ce Règlement par l'Organisation mondiale de la Santé pour indiquer une autre maladie.

**ՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ԿԱՄ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՎԿԱՅԱԿԱՆ**

**INTERNATIONAL CERTIFICATE\* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS**

**Certificat international de vaccination ou de prophylaxie**

Սույնով հաստատվում է, որ ..................................................................................................

 (անունը, ազգանունը)

Ծննդյան ամսաթիվը.....................................................................սեռը ..................................

Ազգությունը ............................................................................................................................

Անձնագրի սերիան .............................................. անձի ստորագրությունը..........................

ստացել է .................................................................................................................................

դեմ պատվաստում կամ կանխարգելում .................................................(նշել ամսաթիվը)

համաձայն Միջազգային առողջապահական կանոնների:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Պատվաստանյութը կամ կանխարգելումը  Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique | Ամսաթիվը Date Date | Վերահսկող բուժաշխատողի ստորագրությունը և մասնագիտությունը Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Պատվաստանյութի/ կանխարգելիչ միջոցի արտադրողը և սերիան  Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l’agent prophylactique et numéro du lot | Վկայականը վավեր է  սկիզբը  մինչև Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du : jusqu’au : | Պատվաստում/ կանխարգելիչ միջոց իրականացնող կենտրոնի կնիքը Official stamp of the administering centre Cachet officiel du centre habilité \* Voir |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ԿԱՄ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՎԿԱՅԱԿԱՆ**

**INTERNATIONAL CERTIFICATE\* OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS**

**Certificat international de vaccination ou de prophylaxie**

Սույնով հաստատվում է, որ ................................................................................................

 (անունը, ազգանունը)

Ծննդյան ամսաթիվը.....................................................................սեռը ................................

Ազգությունը ......................................................................................................................

Անձնագրի սերիան .............................................. անձի ստորագրությունը..........................

ստացել է .................................................................................................................................

դեմ պատվաստում կամ կանխարգելում ................................................. (նշել ամսաթիվը)

համաձայն Միջազգային առողջապահական կանոնների:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Պատվաստանյութը կամ կանխարգելումը  Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique | Ամսաթիվը Date Date | Վերահսկող բուժաշխատողի ստորագրությունը և մասնագիտությունը Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Պատվաստանյութի/ կանխարգելիչ միջոցի արտադրողը և սերիան  Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l’agent prophylactique et numéro du lot | Վկայականը վավեր է  սկիզբը  մինչև Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du : jusqu’au : | Պատվաստում/ կանխարգելիչ միջոց իրականացնող կենտրոնի կնիքը  Official stamp of the  administering centre  Cachet officiel du  centre habilité \* Voir |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ԱՅԼ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ/OTHER VACCINATIONS/AUTRES VACCINATIONS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Հիվանդության անվանումը  Disease targeted  Maladie visée | Ամսաթիվը Date Date | Արտադրողի անվանումը, պատվաստանյութի անվանումը և սերիան  Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin, marque, et numéro du lot |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Բուստեր դեղաչափի  (կրկնապատվաստման) ամսաթիվը Next booster (date): Prochain rappel (date): | Պաշտոնական կնիքը և ստորագրությունը Official stamp and signature Cachet officiel et signature |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ԱՅԼ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ/OTHER VACCINATIONS/AUTRES VACCINATIONS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Հիվանդության անվանումը Disease targeted Maladie visée | Ամսաթիվը Date Date | Արտադրողի անվանումը, պատվաստանյութի անվանումը և սերիան  Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine Fabricant du vaccin, marque, et numéro du lot |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Բուստեր դեղաչափի  (կրկնապատվաստման) ամսաթիվը Next booster (date): Prochain rappel (date): | Պաշտոնական կնիքը և ստորագրությունը Official stamp and signature Cachet officiel et signature |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՃԱՆԱՊԱՐՀՈՐԴՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ**

1. Արձակուրդի կամ գործուղման ընթացքում ճանապարհորդները հաճախ հիվանդանում են այնպիսի հիվանդություններով, որոնք կարող են չարձանագրվել կամ շատ հազվադեպ հանդիպել այն երկրում, որտեղ ապրում են: Ճանապարհորդները պետք է խորհրդակցեն բժիշկների հետ հիվանդություններից խուսափելու նպատակով կանխարգելիչ միջոցներ ձեռնարկելու համար: Ի լրումն դեղին տենդի դեմ պատվաստման, որը կարող է պահանջվել առանձին երկրներ մուտքի համար, կանխարգելիչ միջոցներ կարող են առաջարկվել մալարիայի, պոլիոմիելիտի, հեպատիտների, դիֆթերիայի, փայտացման և որովայնային տիֆի դեմ: Այլ հնարավոր վտանգներ չպետք է անտեսվեն` ներառյալ անսովոր կլիմայական պայմանները, հոգեկան սթրեսը, անբավարար հիգիենիկ պայմաններում, միջատների և կենդանիների հետ կոնտակտի դեպքում ի հայտ եկող հիվանդությունները, ինչպես նաև ֆիզիկական վնասվածքները:

2. Վերադառնալուց հետո որևէ հիվանդության կապակցությամբ բժշկի դիմելիս անպայման նրան պետք է տեղեկացնել նախորդ 12 ամսվա ընթացքում կատարած ճանապարհորդության մասին:

3. Պատվաստումներին ներկայացվող պահանջները տես «Տեղեկատվություն բժիշկների համար» մասում:

**INFORMATION FOR TRAVELLERS**

1. During holiday or business travel, it is very common for travellers to encounter diseases which either do not exist or have become rare in the country in which they live. Prospective

travellers should seek advice from their physician or health department on measures to be taken to protect themselves from illness. In addition to vaccination against yellow fever,

which may be required to enter some countries, protective measures may be advisable against malaria, poliomyelitis, infectious hepatitis, diphtheria, tetanus, and typhoid fever.

Other potential health hazards, which although uncommon should not be overlooked, include the effects of unusual climatic conditions, mental strain, diseases resulting from

inadequate hygiene, contact with insects and animals, and physical injuries.

2. Be sure to tell your doctor about any travelling you have done during the previous twelve months when consulting him/her about any illness after you return.

3. Vaccination requirements - See "Information for physicians".

**RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX VOYAGEURS**

1. Il arrive qu'au cours de voyages, des personnes se trouvent exposées à des maladies qui n'existent pas ou sontdevenues très rares dans leur pays. Vous devriez donc, avant tout voyage,

vous enquérir auprès de votre médecin, ou du service de santé le plus proche, de ce qu'il faudrait faire pour vousprémunir.

En dehors de la vaccination contre la fièvre jaune qui est requise pour entrer dans certains pays, il peut être indiqué de chercher à se protéger du paludisme, de la poliomyélite, de

l'hépatite infectieuse, de la diphtérie, du tétanos et de la fièvre typhoïde. Parmi les autres dangers possibles pour la santé qui,

quoique rares, ne doivent pas être négligés, figurent les effets de conditions climatiques inhabituelles, le stress, les maladies résultant de l'insalubrité, les contacts avec des insectes ou d'autres animaux et les blessures.

2. Si vous consultez votre médecin pour une maladie quelconque après votre retour, ne manquez pas de l'informer de tous les voyages que vous avez faits au cours des douze mois précédents.

3. Vaccinations exigées - voir «Renseignements destinés aux médecins».

**ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ**

Մալարիան լուրջ հիվանդություն է, երբեմն մահացու ելքով, որը մեծ թվով տրոպիկական և ենթատրոպիկական երկրներում շարունակում է մնալ որպես տեղաճարակային (էնդեմիկ): Մալարիայի դեմ կանխարգելիչ պատվաստումներ չեն կատարվում, սակայն կարելի է պաշտպանվել մոծակների խայթոցից (ցանցերի, ռեպելենտների` միջատավանող միջոցների կիրառում): Ի լրումն նշվածի` հակամալարիային դեղամիջոցները կարող են օգտակար լինել, կանոնավոր օգտագործելու և (կամ) պահուստային պաշարների ձևով պահպանելու դեպքում` արտակարգ իրավիճակներում ջերմության կարգավորման համար, եթե բժշկական օգնությունն անմատչելի է: Վարակի ռիսկը և մակաբույծների պատասխան ռեակցիան դեղամիջոցների նկատմամբ տարբեր է և փոփոխական: Հակամալարիային դեղամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ անհրաժեշտ է խորհրդակցել բժշկի հետ կամ տեղեկանալ ԱՀԿ-ի «Միջազգային ճանապարհորդություն և առողջություն» գրքույկի վերջին հրապարակումից:

Հակամալարիային դեղամիջոցները գերադասելի է օգտագործել ուտելուց հետո կամ ուտելու ընթացքում` կանոնավոր և ամբողջ կուրսը` համաձայն նշանակումների:

Դեռևս չկա ամբողջական պաշտպանություն ապահովող որևէ մեթոդ: Եթե առկա է ջերմություն, որը զարգացել է մալարիայի հարուցչի հետ առաջին հնարավոր ազդեցությունից մեկ շաբաթ կամ մալարիայի հարուցչի հետ վերջին հնարավոր ազդեցությունից 3 ամիս հետո (իսկ հազվադեպ դեպքերում նաև ավելի ուշ), պետք է միշտ կասկածել տրոպիկական (Ֆալցիպարում) մալարիա, որը կարող է ունենալ մահացու ելք: Անպայման պետք է դիմել բժշկական օգնության և տեղեկացնել մալարիայի առումով անբարենպաստ երկրում գտնվելու մասին:

**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 paystropicaux 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 égulièrement 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 *Voyage*s*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.

**ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ**

1. Ամսաթվերը վկայականում պետք է գրել հետևյալ հաջորդականությամբ` օրը, ամիսը, տարեթիվը (ամիսը` տառերով): Օրինակ` «2001 թվականի հունվարի 1-ի» փոխարեն գրվում է «1 հունվարի, 2001 թ.»:

2. Եթե պատվաստումները հակացուցված են առողջական հիմունքներով, բժիշկը պետք է ճանապարհորդին գրավոր եզրակացություն ներկայացնի` բժշկական կազմակերպություն տրամադրելու նպատակով:

3. Երկրների պատվաստումների վկայականի պահանջները հրապարակվում են ԱՀԿ-ի «Միջազգային ճանապարհորդություն և առողջություն» գրքույկում:

4. Բժիշկը պետք է միշտ հաշվի առնի, որ իր այցելուն կարող է ունենալ «ճանապարհորդության հետ ուղեկցվող հիվանդություն»:

**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.*

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.*

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