



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Č.j. 105-4/2005- 3LF

Počet listů: 2

PŘÍKAZ DĚKANA č. 4

Věc: Povinné ochranné očkování proti virové hepatitidě B

1. V návaznosti na čl. 4 odst. 4 Studijního a zkušebního řádu 3. lékařské fakulty stanovují jako další náležitost pro zápis studenta do dalšího (vyššího, příp. dle individuálního studijního plánu opakovaného, rozloženého) ročníku předložení potvrzení o ukončené vakcinaci proti virové hepatitidě B nebo vyšetření titru protilátek proti HBsAg s výsledkem přesahujícím 10 IU/litr. Povinnost tohoto očkování vyplývá pro všechny studenty lékařských fakult dle § 11 vyhlášky MZ ČR č. 439/2000 Sb.
2. Povinné ochranné očkování proti virové hepatitidě B je považováno za kompletní po ukončené aplikaci 3. dávky.
3. Potvrzení o ochranném očkování nebo vyšetření titru protilátek proti HBsAg s výsledkem přesahujícím 10 IU/litr může student doložit jednou z následujících variant :
 - písemným potvrzením příslušného zdravotnického pracoviště na formuláři „Potvrzení o očkování“ (viz příloha)
 - fotokopii Očkovacího průkazu ověřenou dle originálu studijním oddělením fakulty
 - potvrzením (tj. razítko, podpis a datum ukončení vakcinace nebo vyšetření titru protilátek proti HBsAg s výsledkem přesahujícím 10 IU/litr), lékaře ze Studentského zdravotnického ústavu, Spálená 12, Praha 1, přímo do Indexu studenta v části „Úřední záznam“.
4. Pokud student nesplní tuto povinnost nebude mu umožněno plnění studijních povinností a nebude zapsán do dalšího ročníku.

Tento příkaz :

- je účinný dnem vydání 1.2.2005
- neruší žádnou vnitřní normu
- bude zveřejněn ve VNS, na internetové stránce fakulty a ročníkových nástěnkách
- zpracovala L. Zamrazilová a Ing. Lásková

Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.
děkan 3. lékařské fakulty

V Praze dne 1.2.2005

Potvrzení o očkování

Potvrzuji, že

narozen(a) dne, student/ka UK – 3.lékařské

fakulty absolvoval(a) dne

a) kompletní očkování proti virové hepatitidě B dle § 11 vyhlášky
MZ ČR č. 439/2000 Sb. +)

Datum, razítko a podpis praktického lékaře :

b) vyšetření titru protilátek proti HBsAg s výsledkem přesahujícím
10 IU/litr +)

Datum, razítko a podpis praktického lékaře :

+) nehodící se škrtněte