

SN

中华人民共和国出入境检验检疫行业标准

SN/T 1306—2017
代替 SN/T 1306—2011

出入境人员预防接种或预防措施 国际证书签发规程

Protocols of issuing international certificate of vaccination or prophylaxis
for exit-entry personnel

2017-05-12 发布

2017-12-01 实施



中华人民共和国
国家质量监督检验检疫总局 发布

前 言

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准代替 SN/T 1306—2011《出入境人员疫苗接种或预防措施国际证书签发规程》。

本标准与 SN/T 1306—2011 相比,主要技术变化如下:

——修改了标准的名称:“人出境”改为“出入境”、“疫苗接种”修改为“预防接种”;

——修改了术语和定义:“预防措施”定义调整;

——修改了证书种类及签发对象,增加了证书示例;

——修改了签发要求中签证人员资质、证书要求;

——修改了附录 A 中 A.1、附录 B 中 B.1,增加了 A.2、B.2、附录 C 中 C.1、C.2。

本标准由国家认证认可监督管理委员会提出并归口。

本标准起草单位:中华人民共和国上海出入境检验检疫局、中华人民共和国北京出入境检验检疫局、中华人民共和国河北出入境检验检疫局。

本标准主要起草人:周启明、朱小燕、滑娜、周璇、陆晔、王惟信。

本标准所代替标准的历次版本发布情况为:

——SN/T 1306—2003、SN/T 1306—2011。

出入境人员预防接种或预防措施 国际证书签发规程

1 范围

本标准规定了出入境人员预防接种或预防措施国际证书、预防接种或预防措施禁忌证明签发的对象、要求和内容。

本标准适用于出入境人员预防接种或预防措施国际证书、预防接种或预防措施禁忌证明的签发。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

预防措施 prophylaxis

除预防接种之外的用于保障国际旅行者健康并防止传染病传播的其他医学措施,包括人工被动免疫、预防性给药等。

2.2

禁忌证明 contraindication certificate

对不适宜接种某种疫苗或采取某种预防措施的人员所出具的医学证明。

2.3

预防接种转卡 transcribed from vaccination history

在根据相关预防接种规定对申请者既往接种卡(簿)真实性进行核实的基础上,转抄其中内容并出具包含中英文的预防接种记录的过程。

3 证书种类及签发对象

3.1 证书种类

证书分为预防接种或预防措施国际证书、预防接种或预防措施禁忌证明两种(以下简称“证书”)。

3.2 签发对象

对已实施预防接种或预防措施的人员,签发预防接种或预防措施国际证书,式样见附录 A;对不适合预防接种或预防措施的人员,签发预防接种或预防措施禁忌证明,式样见附录 B;对持有既往预防接种记录的人员,若记录经核实为真实有效的,可签发预防接种转卡记录,式样参见附录 C。

4 签发要求

4.1 证书签发人员要求

证书签发人员(以下简称“签证人员”),应为经过相关行政部门组织的预防接种专业培训并考试合格、监督预防接种或预防措施的实施过程、具有执业医师资格的医疗卫生专业人员。签证人员的姓名以

及签名的字迹报直属检验检疫机构批准。证书应使用蓝黑色或黑色水笔签发。

4.2 证书要求

4.2.1 接种机构应为在本机构接受预防接种或预防措施的人员出具预防接种或预防措施国际证书,作为受种者预防接种或预防措施的凭证、记录或证明。

4.2.2 证书针对个人(包括儿童)发放,不可由二人或多人共用一本证书。

4.2.3 证书中身份信息应与申请人所持护照或者身份证明相符。“本人签名栏”应由预防接种或预防措施申请人本人签名。儿童不能书写时可由其法定监护人在证书上代签名,内容包括儿童及其法定监护人姓名,并注明两者关系。文盲者的签名应由本人画押并由他人注明为文盲者的画押。

4.2.4 证书上中国公民的姓名包括中文及拼音,姓名的汉语拼音均大写,每个汉字的拼音中间空一格;外籍人士及港、澳、台同胞的姓名按其护照或其他身份证明书写。

4.2.5 证书应按中英文对照格式打印。日期的中文格式采用阿拉伯数字按年、月、日顺序填写;英文格式按日、月、年顺序,月份的首个英文字母大写,用缩写表示,其中日期采用阿拉伯数字填写。

4.2.6 预防接种或预防措施信息页按下述要求填写:

——所有疫苗或预防措施均应注明生产厂商及批号,若有商品名,应予标注;

——除黄热病疫苗外,应标注疫苗或预防措施的数量和单位、使用方式(口服,肌肉、皮下或皮内注射等);

——黄热病疫苗,应标注证书有效期起止日期。对于其他疫苗,若保护期明确,应予以标注(以年为单位);若保护期难以界定,不需标注。

4.2.7 黄热病疫苗接种证明如有修改、涂抹或填写不完整,视为无效。

4.2.8 证书应加盖实施单位印章。

5 签发内容

5.1 预防接种或预防措施国际证书

应填写下列内容:

——证书编号;

——姓名;

——出生日期;

——性别;

——国籍;

——身份证或护照号码(国家级身份证明);

——预防接种或预防措施申请者本人签名;

——疫苗或预防措施名称,若有商品名,应标注;

——接种日期;

——监督执行医师的签名和专业状况;

——疫苗或预防措施的生产商及批号;

——接种剂量及使用方式(黄热病疫苗除外);

——黄热病疫苗证书有效期的起止日期,其他疫苗的保护期(若适用);

——接种机构的印章。

5.2 预防接种或预防措施禁忌证明

应填写下列内容:

- 证书编号；
- 姓名；
- 出生日期；
- 性别；
- 国籍；
- 身份证或护照号码(国家级身份证明)；
- 禁忌症；
- 不适合接种疫苗或采取预防措施的名称；
- 医师签名；
- 签发单位的印章；
- 签发日期。

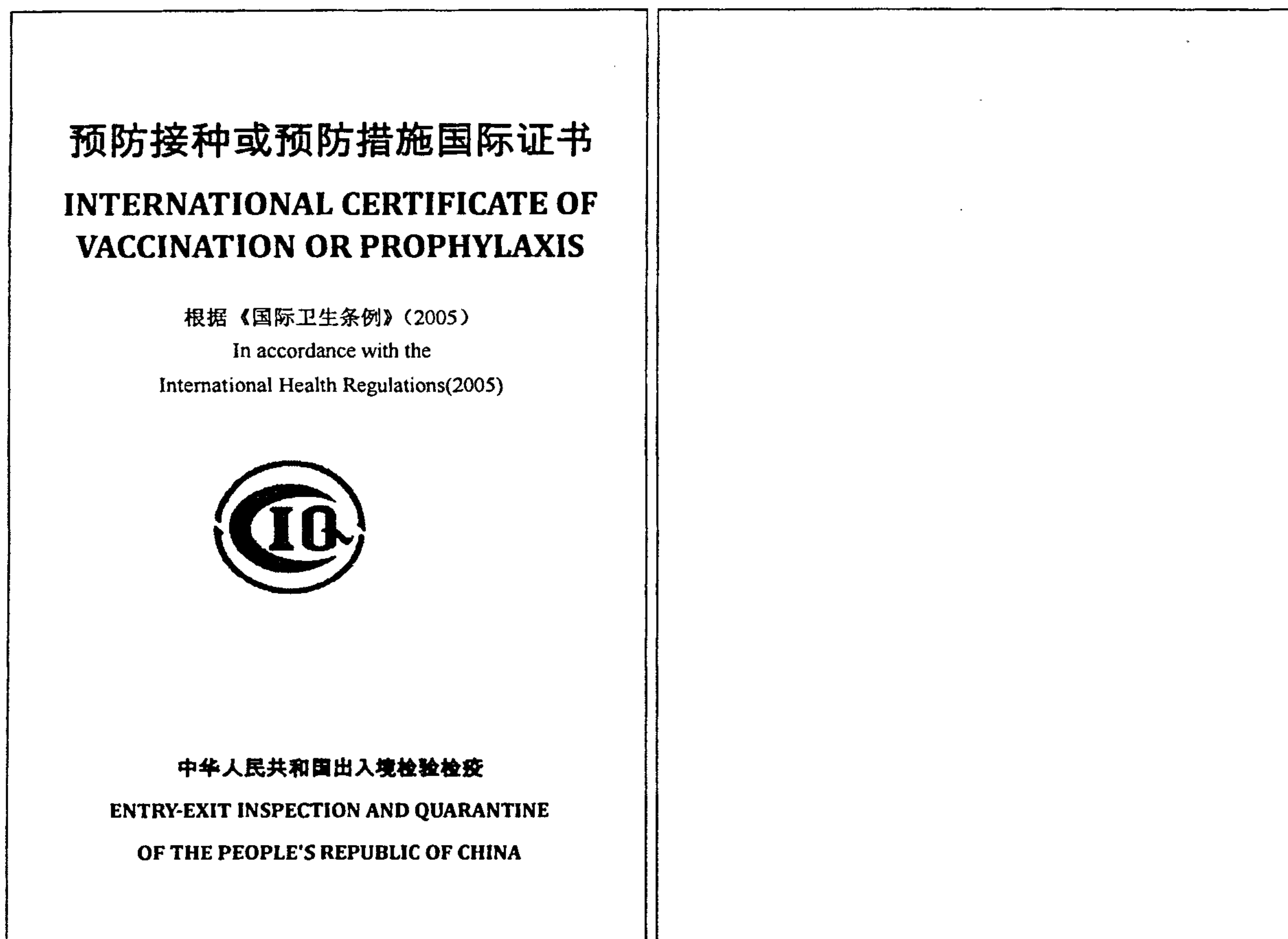
6 签发

签证人员应按照第 4 章的规定逐项审核第 5 章所列内容,核对无误后签发证书。

附录 A
(规范性附录)

预防接种或预防措施国际证书

A.1 预防接种或预防措施国际证书式样,见图 A.1。其中,封面及封底为黄颜色,表面光滑。第 18 页空白,可粘贴附录 C(预防接种转卡记录),第 19 页可粘贴防伪标识或证书编号等。



a) 封面

b) 第 2 页

图 A.1 中华人民共和国出入境检验检疫预防接种或预防措施国际证书式样

注意事项

1. 本证书的签发需符合《出入境人员预防接种或预防措施国际证书签发规程》的要求。
2. 除黄热病疫苗外，本证书还包含其他疫苗接种记录，建议长期保存。
3. 旅行者在接种前应如实填写预防接种申请单，告知医生将前往的国家或地区，说明病史、过敏史、接种史，以及目前用药及妊娠情况，以便得到相关的旅行健康建议。接种后，需遵循医嘱；如有不适，请及时寻求医疗救助。
4. 可通过世界卫生组织相关网页 (www.who.int/ith/en/) 来获取针对各个国家的预防接种推荐信息。

NOTES


1. The issuing of this certificate shall meet the requirement of the "Protocols of issuing international certificate of vaccination or prophylaxis for entry-exit personnel".
2. Besides yellow fever vaccination, other vaccinations administrated are also contained on this booklet. It is, therefore, strongly recommended that you keep this booklet for a long time.
3. Before vaccination, travelers should fill in application forms faithfully, telling the clinician the countries or regions to go, the information about their histories of diseases, allergy and vaccination, current medications and pregnancy status. After vaccination, travelers should follow the notice of post-vaccination; if feeling unwell, please seek medical advice at once.
4. The information about global recommendation per country regarding vaccination can be found on the website (www.who.int/ith/en/).

c) 第 3 页


编号/No:	
兹证明/ This is to certify that (name)	
出生日期/ Date of birth	性别/ Sex
国籍/ Nationality	
国家身份证明 (如有) / National identification document, if applicable	
其本人签字为/ Whose signature follows	
1	

d) 第 4 页

图 A.1(续)

根据《国际卫生条例》，在指明的日期接种了疫苗或接受了预防措施以防止： 黄热病疫苗 Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition) : Yellow Fever in accordance with the International Health Regulations	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
证书有效期 从 至 Certificate valid from until	
	

e) 第 5 页

根据《国际卫生条例》，在指明的日期接种了疫苗或接受了预防措施以防止： 黄热病疫苗 Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition) : Yellow Fever in accordance with the International Health Regulations	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
证书有效期 从 至 Certificate valid from until	
	

f) 第 6 页

图 A.1(续)


其他预防接种或预防措施证明 CERTIFICATE OF OTHER VACCINATION OR PROPHYLAXIS 疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
5	

g) 第 7 页


疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
6	

h) 第 8 页

图 A.1(续)

疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
	

i) 第 9 页

疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
	

j) 第 10 页

图 A.1(续)


疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
❧	

k) 第 11 页


疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
❧	

l) 第 12 页

图 A.1(续)

疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
	

m) 第 13 页

疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
	

n) 第 14 页

图 A.1(续)


疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
❖	

o) 第 15 页

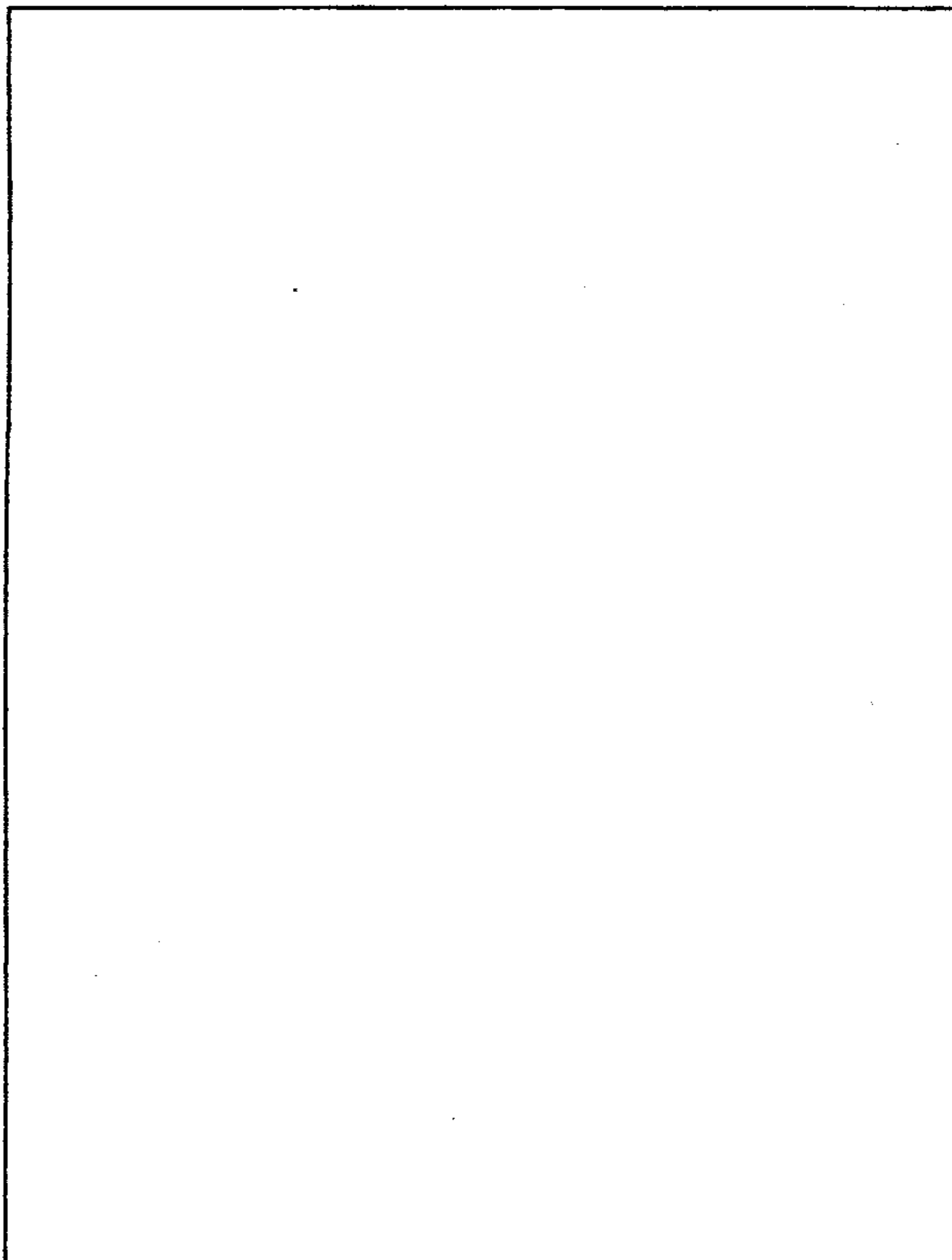
疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
❖	

p) 第 16 页

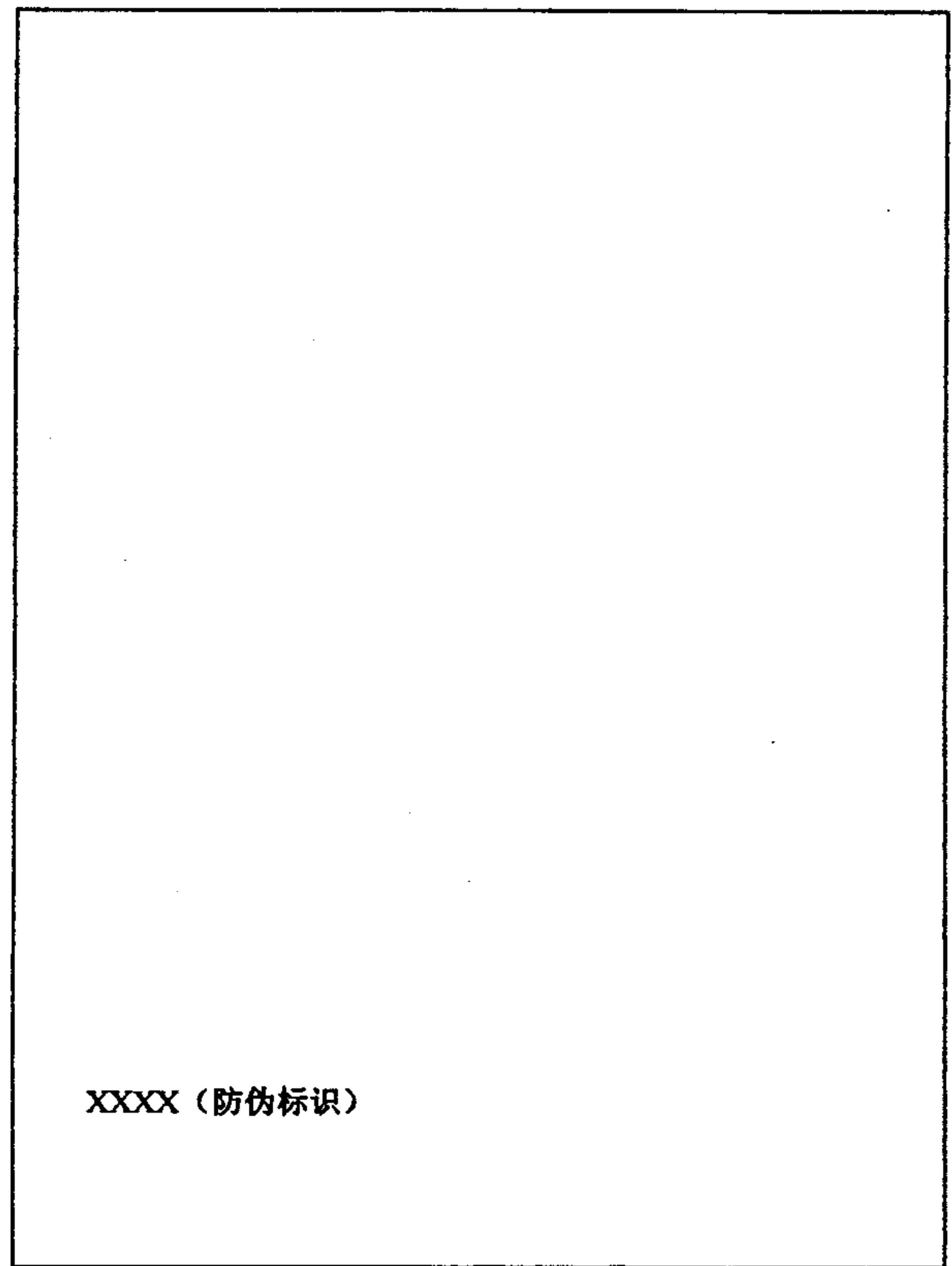
图 A.1(续)

疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)	
日期 Date	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	接种机构的印章 Official stamp of administering center
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)	
	

q) 第 17 页

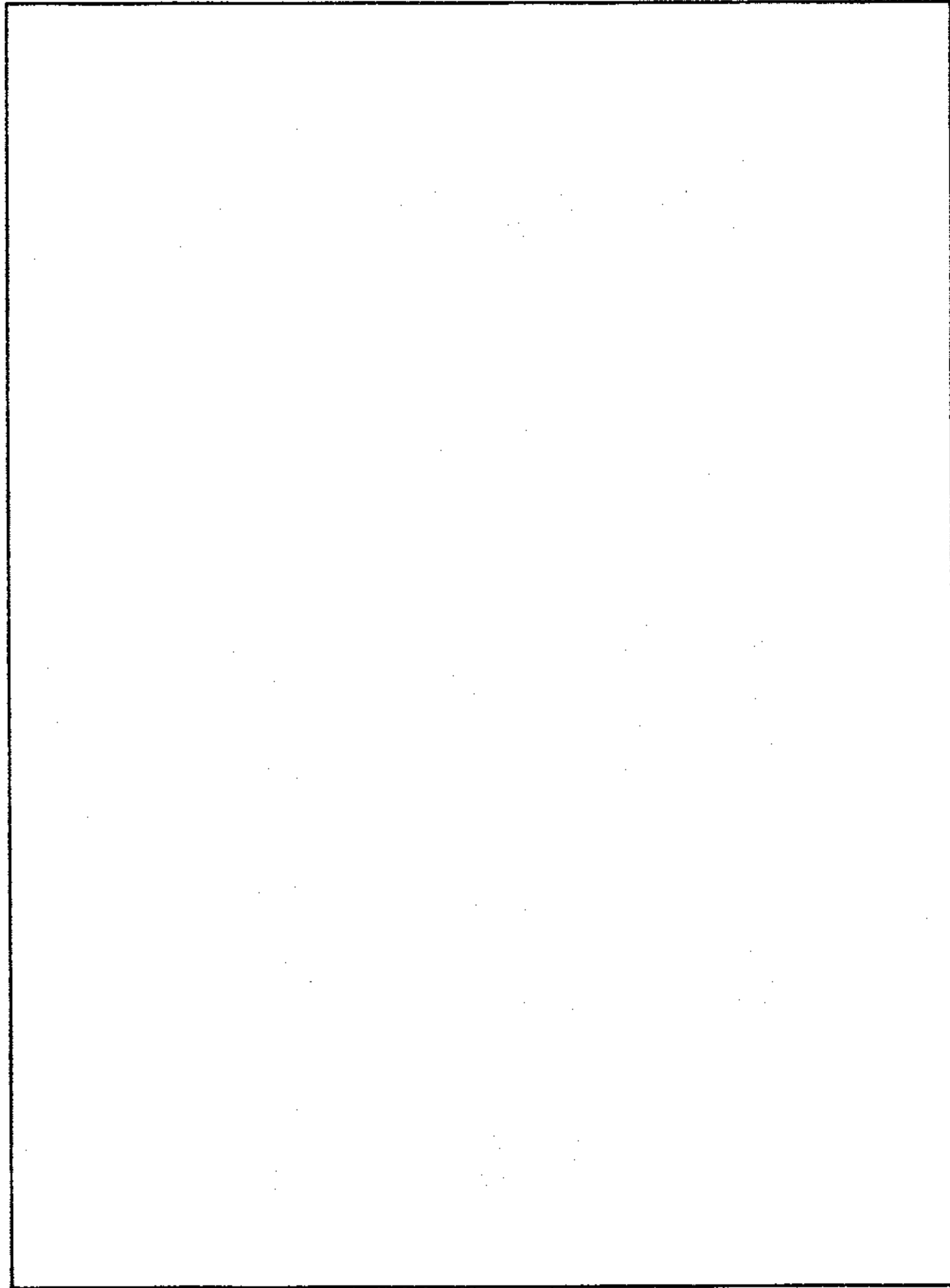


r) 第 18 页



s) 第 19 页

图 A.1(续)



t) 封底

图 A.1(续)

A.2 预防接种或预防措施国际证书示例见图 A.2。

编号/No: 210001051112010526	
兹证明/ This is to certify that (name) 王东强 WANG DONG QIANG	
出生日期/ Date of birth 1997年8月15日 / 15 Aug. 1997	性别/ Sex 男/Male
国籍/ Nationality 中国/ CHINESE	
国家身份证明(如有)/ National identity document, if applicable XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
其本人签字为/ Whose signature follows XXX	

根据《国际卫生条例》，在指明的日期接种了疫苗或接受了预防措施以防止： <u>黄热病疫苗</u> Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition) : <u>Yellow Fever</u> in accordance with the International Health Regulations	
日期 Date 2015年8月31日 / 31 Aug. 2015	
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician XXX 临床医学 XXX Clinical medicine	接种机构的印章 Official stamp of administering center XXX
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis 北京天坛生物制品有限公司 BEIJING TIANTAN BIOLOGICAL PRODUCT CO.,LTD. 20131004	
证书有效期 Certificate valid from 从2015年9月10日至2025年9月9日 10 Sep.2015 until 09 Sep.2025	

图 A.2 预防接种或预防措施国际证书示例

其他预防接种或预防措施证明 CERTIFICATE OF OTHER VACCINATION OR PROPHYLAXIS		
疫苗或预防措施 (商品名, 若有) Vaccine or prophylaxis (Brand name, if applicable)		
乙肝 (安在时) Hepatitis B (Engerix B)		
日期 Date 2014年9月15日 / 15 Sep. 2014		
监督执行医师签名和专业情况 Signature and professional status of supervising clinician	XXX 临床医学 XXX Clinical medicine	施种机构的印章 Official stamp of administering center XXX
疫苗或预防措施生产厂商及批号 Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis	葛兰素史克(中国)有限公司 GSK YHBVC464AB	
接种剂量和使用方法 Vaccination does and route	1.0 mL肌肉注射 IM	
疫苗保护期 (若适用) Duration of protection (if applicable)		

图 A.2(续)

附 录 B
(规范性附录)
预防接种或预防措施禁忌证明

B.1 预防接种或预防措施禁忌证明式样见图 B.1。

中华人民共和国出入境检验检疫
预防接种或预防措施禁忌证明
CERTIFICATE OF CONTRAINDICATION TO VACCINATION OR PROPHYLAXIS
Entry-Exit Inspection and Quarantine of P.R.China

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
出生日期 Date of birth		国籍 Nationality	
护照或身份证号 Passport or ID. number			
兹证明该人员因下述医学原因 _____, 不适合接种(疾病名称) _____ 疫苗, 或不适合采取 _____ 预防措施。 This is to certify that immunization or prophylaxis against (Name of disease) _____, for the person described above is medically contraindicated because of the following conditions: _____			
医师签字 Signature of clinician	签发单位的印章 Official stamp of administering centre	日期 Date	

图 B.1 预防接种或预防措施禁忌证明式样

B.2 预防接种或预防措施禁忌证明示例见图 B.2。

中华人民共和国出入境检验检疫
预防接种或预防措施禁忌证明
CERTIFICATE OF CONTRAINDICATION TO VACCINATION OR PROPHYLAXIS
Entry-Exit Inspection and Quarantine of P.R.China

编号 No. 210001051112 0526

姓名 Name	王东强 WANG DONG QIANG	性别 Sex	<input checked="" type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
出生日期 Date of birth	1985 年 8 月 15 日 / 15 Aug. 1985	国籍 Nationality	中国 Chinese
护照或身份证号 Passport or ID. number	XXXXXXXXXXXXXX		
<p>兹证明该人员因下述医学原因 <u>鸡蛋过敏</u>，不适合接种(疾病名称) <u>黄热病</u> 疫苗， 或不适合采取 <u>/</u> 预防措施。</p> <p>This is to certify that immunization or prophylaxis against (Name of disease) <u>Yellow Fever</u> for the person described above is medically contraindicated because of the following conditions:</p> <p><u>He is allergic to eggs.</u></p>			
医师签字 Signature of clinician	XXX	签发单位的印章 Official stamp of administering centre	XXX
		日期 Date	2015 年 9 月 15 日 15 Sep. 2015

图 B.2 预防接种或预防措施禁忌证明示例

附 录 C
(资料性附录)
预防接种转卡记录

C.1 预防接种转卡记录式样见图 C.1。记录可多页；双数页打印在单数页背面，仅含疫苗及接种时间、签字盖章日期等信息；记录末尾需打印“以下空白/The following is intentionally left blank.”作为销空处理。本记录应使用易于保存的材质，与 A.1 封面一致的黄色，对折后可粘贴于 A.1 中。

预防接种转卡记录 Record Transcribed from Vaccination History		
本记录转抄自以下人员的既往预防接种卡 This record is transcribed from the following person's previous vaccination history 姓名/Name _____ 国籍/Nationality _____ 性别/Sex <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 护照或身份证号码/Passport or ID. Number _____ 出生日期/Date of birth (day, month, year) _____ / _____		
疫苗/Vaccine	接种时间/ Date of vaccination (day, month, year)	
医师签字 Signature of Clinician	签发单位的印章 Official Stamp of Administering Centre	日期 Date
以下空白 / The following is intentionally left blank.		

图 C.1 预防接种转卡记录式样


疫苗/Vaccine	接种时间/ Date of vaccination (day, month, year)	
----- 以下空白/ The following is intentionally left blank. -----		
医师签字 Signature of Clinician	签发单位的印章 Official Stamp of Administering Centre	日期 Date
		

图 C.1(续)

C.2 预防接种转卡记录示例见图 C.2。

预防接种转卡记录 Record Transcribed from Vaccination History	
本记录转抄自以下人员的既往预防接种卡 This record is transcribed from the following person's previous vaccination history 姓名/Name <u>王东强 WANG DONG QIANG</u> 国籍/Nationality <u>中国 CHINESE</u> 性别/Sex <input checked="" type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 护照或身份证号码/Passport or ID. Number <u>XXXXXXXXXXXX</u> 出生日期/Date of birth (day, month, year) <u>1996年12月14日 / 14 Dec.1996</u>	
疫苗/Vaccine	接种时间/ Date of vaccination (day, month, year)
乙肝 Hep. B	14 Dec. 1996
	16 Jan. 1997
	15 Jun. 1997
卡介苗 BCG	15 Dec. 1996
脊髓灰质炎 Polio	14 Feb. 1997
	14 Mar. 1997
	15 Apr. 1997
	08 Jun. 1998
	16 Dec. 2000
百白破 DTP	14 Mar. 1997
	15 Apr. 1997
	15 May 1997
	08 Jun. 1998
麻疹 Measles	14 Aug. 1997
医师签字 XXX 签发单位的印章 XXX 日期 2015年8月31日 Signature of Clinician XXX Official Stamp of Administering Centre Date 31 Aug. 2015	

图 C.2 预防接种转卡记录示例

疫苗/Vaccine	接种时间/ Date of vaccination (day, month, year)
麻腮风 MMR	27 Oct. 2005
	19 Feb. 2013
水痘 Varicella	06 Sep. 2010
----- 以下空白/ The following is intentionally left blank. -----	
医师签字 XXX 签发单位的印章 XXX 日期 2015年8月31日 Signature of Clinician XXX Official Stamp of Administering Centre Date 31 Aug. 2015	

图 C.2(续)

中华人民共和国出入境检验检疫
行业 标 准
出入境人员预防接种或预防措施
国际证书签发规程
SN/T 1306—2017

*

中国标准出版社出版
北京市朝阳区和平里西街甲2号(100029)
北京市西城区三里河北街16号(100045)
总编室:(010)68533533

网址 www.spc.net.cn

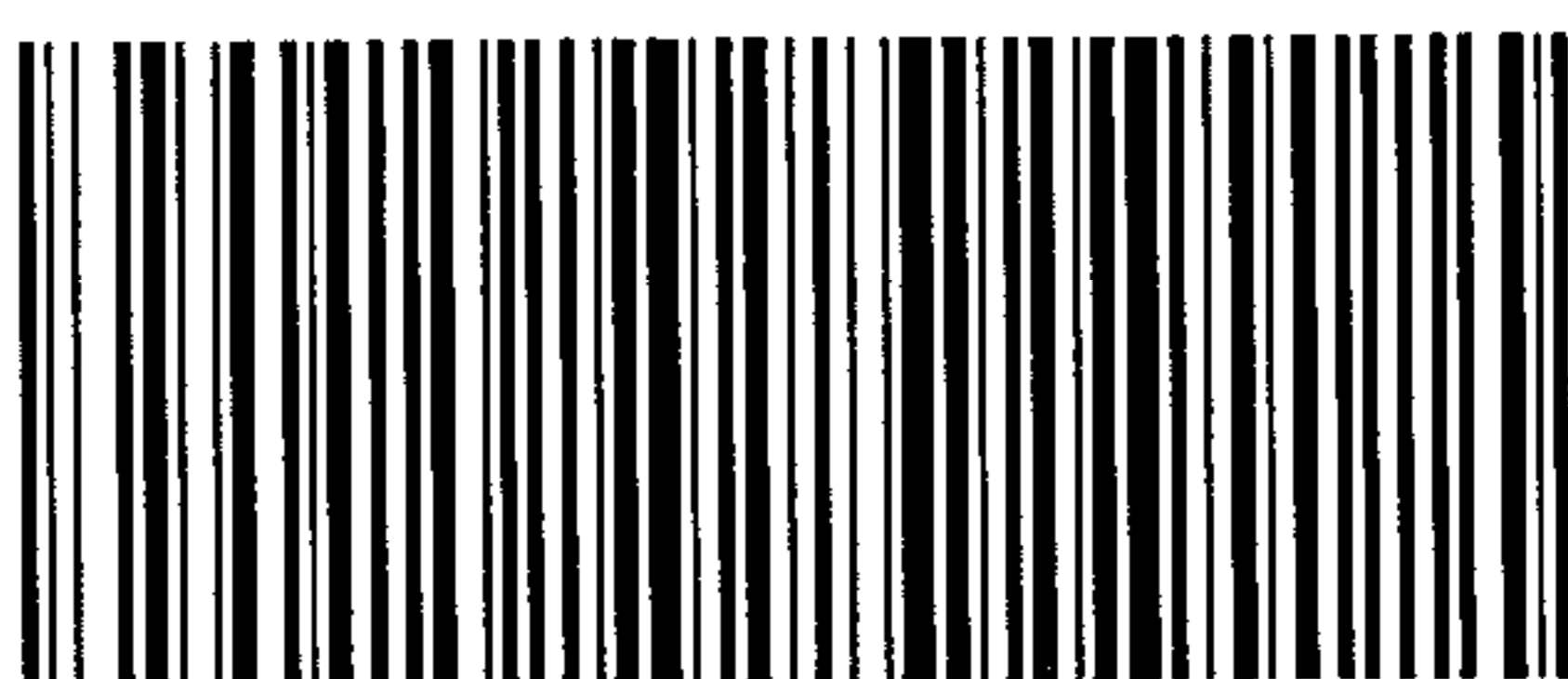
中国标准出版社秦皇岛印刷厂印刷

*

开本 880×1230 1/16 印张 1.75 字数 44 千字
2018年5月第一版 2018年5月第一次印刷
印数 1—500

*

书号: 155066·2-32885



SN/T 1306-2017