



فرم خوداظهاری بیماری کرونا ویروس جدید (COVID-19)



مسافر گرامی، ارائه اطلاعات زیر طبق قوانین دولت جمهوری اسلامی ایران و بمنظور حفظ سلامت عمومی ضروری بوده و بعنوان بخشی از اقدامات بهداشت عمومی در پاسخ به همه گیری جهانی کرونا ویروس جدید و منحصر توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

* تکمیل و تحویل این فرم قبل از ورود به کشور الزامیست. / ضمناً فیلد شماره تماس حتماً تکمیل گردد.

۱- اطلاعات شخصی:

نام و نام خانوادگی:	۲- جنسیت (زن/مرد):	۳- تاریخ تولد:	۴- ملیت:	۵- کد ملی:	۶- شماره گذرنامه:
۷- تاریخ پرواز:	۹- شماره صدلی شما در هواپیما:	۱۰- محل اقامت (در ایران):	۱۱- شماره تلفن در ایران:	۱۲- محل اقامت دائم:	
۸- شماره پرواز:			میزل:	موبایل:	

۲- لطفاً به سوالات ذیل نیز پاسخ دهید:

در ۱۴ روز گذشته سابقه سفر به کدام کشورها را داشته اید؟ ذکر نمائید.

آیا سابقه بیماری زمینه ای (دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی و ...) دارید؟ در صورت پاسخ مثبت نام ببرید. خیر بلی

در حال حاضر کدامیک از نشانه های زیر را دارید؟

<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/> احساس تنگی نفس	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> گلودرد	<input type="checkbox"/> بدن درد	<input type="checkbox"/> لرز	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> استفراغ
حالت تهوع	آبریزش بینی	از دست دادن حس چشایی	از دست دادن حس بویایی					

آیا تاکنون از بیمار مبتلا به کرونا ویروس جدید مراقب کرده اید؟ خیر بلی

یا با او در یک مکان زندگی کرده اید؟ خیر بلی

آیا تاکنون به بیماری کرونا ویروس جدید مبتلا شده اید؟ خیر بلی

آیا در بیمارستانی که مواردی از کرونا ویروس در آن تحت درمان بوده، به عیادت بیمار رفته یا کار کرده اید؟ خیر بلی

آیا کسی از اعضای خانواده شما از نظر ابتلا به کرونا ویروس مشکوک (یا محتمل) میباشد؟ خیر بلی

در صورت پاسخ بلی، اقداماتی که برایتان انجام شده چه بوده؟ بستری در بیمارستان درمان و اقامت در منزل

۳- اینجانب صحت اطلاعات مندرج در پرسشنامه فوق را تأیید مینمایم.

امضاء