



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 کروناویروس جدید و منحصرأ 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 صندلی شما در هواپیما:	۱۰- محل اقامت (در ایران):	۱۱- شماره تلفن در ایران:	۱۲- محل اقامت دائم:	
۸- شماره پرواز:			موتل:	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 بپردازد. 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
<input type="checkbox"/> حالت تهوع	<input type="checkbox"/> آبریزش بینی	<input type="checkbox"/> از دست دادن حس چشایی	<input type="checkbox"/> از دست دادن حس بویایی					
آیا تاکنون از بیمار مبتلا به کرونا ویروس جدید مراقب کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	یا تماس رو در رو با چنین فردی داشته اید؟			<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
یا با او در یک مکان زندگی کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا در بیمارستانی که مواردی از کرونا ویروس در آن تحت درمان بوده، به عیادت بیمار رفته یا کار کرده اید؟			<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
آیا تاکنون به بیماری کرونا ویروس جدید مبتلا شده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا کسی از اعضای خانواده شما از نظر ابتلا به کرونا ویروس مشکوک (یا محتمل) میباشد؟			<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورت پاسخ بلی، اقدامی که برایتان انجام شده چه بوده؟	<input type="checkbox"/> بستری در بیمارستان	درمان و اقامت در منزل			<input type="checkbox"/>			

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

امضاء



ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
Ministry of Health and
Medical Education

COVID-19 Self Declaration Form

Dear Passenger, the following information is necessary in accordance with the laws of the Government of Islamic Republic of Iran as a part of public health measures in response to the COVID-19 pandemic, and will be used just by ministry of health of I.R.Iran



***Completion and delivery of this form is required before entering the country /Also, the contact number field must be completed.**

1-Personal information:

1-Name of the passenger:	2-Gender(F/M):	3-Date of Birth:	4-Nationality:	5-Passport No. :	6-Date of arrival:
7- Flight No. :	8-Seat No. :	9-Current residency address in Iran:			
10-Your contact information in I.R. IRAN		11-Permanent residency:			
Tel(Home):		Cell(Mobile):			

2-Answer the following questions?

Which countries have you traveled to, during the last 14 days?

Do you have any history of underlying disease? Such as Diabetes Blood pressure Cardiovascular disease Respiratory disease Others

Which of the following symptoms do you have now?

Fever Cough Dyspnea Headache Sore Throat Body pain Nausea Vomiting Diarrhea Runny nose Loss of the sense of taste

Loss of the sense of smell

Have you ever cared for a patient with new corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Have you had a face-to-face contact with a case of new Corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Do you have lived with a covid-19 patient in the same place?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Have you visited or worked in a hospital where cases of Corona virus are being treated?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Have you ever had a new Corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Has your family member been a suspect or probable case of new Corona virus?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

If yes, what was the action taken for you? Hospitalization Home care

3- Hereby, I (name), confirm the accuracy of the information in the above questionnaire.

Signature

