



فرم غربالگری بیماری کرونا جدید (COVID-19)



مسافر گرامی، جهت حفظ هرچه بیشتر سلامتی خود پرسشنامه زیر را بدقت تکمیل و امضاء نمائید، ضمناً پس از فرود هواپیما این فرم در اختیار نمایندگان وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی تهران (مستقر در پایگاه مراقبت بهداشت مرزی) فرودگاه امام خمینی (ره) قرار میگیرد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
وزارت بهداشتی درمانی تهران

*** 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-سن:	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:			منزل:	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 از قبیل دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی، ... دارید؟ در صورت پاسخ مثبت نام ببرید. بلی خیر

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 به بیماری کرونا و ویروس جدید مبتلا شده 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			
آیا تاکنون از بیمار مبتلا به کرونا و ویروس جدید مراقب کرده اید؟		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا در بیمارستانی که مواردی از کرونا و ویروس در آن تحت درمان بوده، به عیادت بیمار رفته یا کار کرده 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 کسی از اعضای خانواده شما از نظر ابتلا به کرونا و ویروس مشکوک (یا محتمل) میباشد؟			<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			

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

امضاء



ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
Ministry of Health and
Medical Education



Tehran University of
Medical Sciences
and Health Services

Corona virus (Covid-19) Screening form



Dear Passenger, in order to maintain your health as much as possible, complete and sign the following questionnaire carefully. Meanwhile, after landing, this form will be provided to the representatives of the Ministry of Health and Tehran University of Medical Science located at the Border Health Surveillance Unit of Imam Khomeini International Airport.

***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-Age:	4-Nationality:	5-Passport No. :	6-Date of arrival:
7- Flight No. :	8-Seat No. :	9-Current residency(Iran):			
10-Your contact information in I.R. IRAN Tel(Home):		11-Permanent residency:			
Cell(Mobile):					

2-Answer the following questions?

Which countries have you traveled to 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 Soar Throat Body pain Trembling Nausea Vomiting Diarrhea Runny nose Loss of the sense of taste
Loss of the sense of smell

Have you ever had a 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"/>
Have you ever cared for a patient with new corona virus ?	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"/>
Do you have lived with a new Corona virus patient in one place?	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"/>

3- I,, confirm the accuracy of the information in the above questionnaire.

Signature