



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:

۱- 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:			محل اقامت:		
			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. ☐ 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
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؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	یا تماس رو در رو با چنین فردی داشته اید؟						
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؟						
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؟						
در صورت پاسخ بلی، اقداماتی که برایتان انجام شده چه بوده؟	<input type="checkbox"/> بستری در بیمارستان		<input type="checkbox"/> درمان و اقامت در منزل					

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 ☐ No ☐ Have you had a face-to-face contact with a case of new Corona virus ? Yes ☐ No ☐

Do you have lived with a covid-19 patient in the same place? Yes ☐ No ☐ Have you visited or worked in a hospital where cases of Corona virus are being treated? Yes ☐ No ☐

Have you ever had a new Corona virus ? Yes ☐ No ☐ Has your family member been a suspect or probable case of new Corona virus? Yes ☐ No ☐

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



تعهدنامه مسافر

Passengers' Commitment

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

کد ملی:

شماره گذرنامه:

نشانی محل سکونت در ایران:

شماره تماس در ایران (تلفن ثابت و همراه):

آدرس پست الکترونیک:

Name:

Surname:

Date of birth:

National ID No:

Passport No:

Residence address in Iran:

Phone number in Iran:

E-Mail address:

اینجانب شرایط قرنطینه ورود به کشور جمهوری اسلامی ایران را پذیرفته و متعهد می گردم:

I accept the following laid down by the IR of Iran for containment of the coronavirus disease (covid-19):

۱. در بدو ورود به کشور، برای انجام تست کووید-۱۹ که توسط پایگاه بهداشت مرزی انجام می گردد، همکاری نموده و هیچگونه مانعتی به عمل نخواهم آورد.

1. Upon my arrival at airports in Iran, I will cooperate with airport public health authorities and they are allowed to have me tested for coronavirus infection.

۲. از زمان ورود به کشور، مستقیماً به محل اسکان شخصی مراجعه نموده و تا تعیین جواب آزمایش و در صورت مثبت بودن تست کووید-۱۹، به مدت ۱۴ روز در قرنطینه خانگی بمانم.

2. I promise to go directly to my personal residence in Iran, since entering the country and, if I test positive for COVID-19, I will self-isolate there for 14 days.

۳. در خصوص پیگیری های آتی خود و اطرافیان ام، حداکثر همکاری را با نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشته باشم.

3. I will do my best to cooperate with officials of ministry of health of I.R.Iran in the next follow-ups.

۴. شرایط قرنطینه که در پورتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران به نشانی www.corona.behdasht.gov.ir درج شده را به طور کامل مطالعه نموده ام.

4. I have read the home isolation guidelines on the following website: www.corona.behdasht.gov.ir.

تاریخ تکمیل فرم:

Completion date:

امضاء مسافر:

Signature: