

نموذج التقييم الصحي للقدامين إلى دولة قطر HEALTH ASSESSMENT FORM FOR RETURNING TRAVELERS

Each passenger must complete this form before arrival to Qatar

يجب على كل مسافر تعبئة هذا النموذج قبل القدوم إلى دولة قطر

1. Passenger Demographics/Details:

المعلومات الشخصية للمسافر:

Mobile No.: رقم الهاتف الجوال:	Date of Birth: (M/D/Y) تاريخ الميلاد: اليوم/الشهر/السنة	Name: الاسم:
Passport No.: رقم جواز السفر:	QID No.: رقم البطاقة الشخصية القطرية:	Nationality: الجنسية:
Duration Abroad (Days): المدة خارج دولة قطر (الأيام):	هل قمت بزيارة أو مررت بشكل مؤقت لأي بلد في الأيام السبعة الماضية؟ (اذكر جميعها) Did you visit/ transit any country in the past 7 days? (list all)	محطة الوصول:

2. Has the passenger Been Diagnosed with Any of the Following Conditions?

هل تم تشخيص المسافر بأي من الحالات التالية؟

لا No	نعم Yes		لا No	نعم Yes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	End-stage renal failure (ESRD) or on dialysis الفشل الكلوي في مراحله النهائية أو يخضع لجلسات غسيل الكلى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aged 65 years and above العمر 65 سنة وما فوق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnant female (any trimester) حامل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Had Organ or Bone marrow transplant خضع لزراعة أعضاء أو نخاع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nursing mothers with children aged 5-0 years أم مرضعة مع أطفال تتراوح أعمارهم بين 0-5 سنوات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have conditions that require immune-suppressive treatment أي حالة تتطلب علاج مثبط للمناعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persons with disabilities (dependent on others for their daily activities) شخص ذي إعاقة يعتمد على الآخرين للقيام بأنشطته اليومية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart failure or coronary artery disease فشل القلب أو مرض الشريان التاجي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Children with disabilities and their mothers أطفال ذوي إعاقة وأمهم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moderate to severe asthma الربو المتوسط إلى الشديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy and on treatment الصرع ويخضع للعلاج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer and on treatment السرطان ومن خضع للعلاج (العلاج الكيميائي والإشعاعي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetic foot infections داء القدم السكري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic liver disease (CLD) أمراض الكبد المزمنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deceased first degree relative in the last 10 days لديه قريب من الدرجة الأولى توفي في الأيام العشرة الأخيرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower limb amputations بتر في الأطراف السفلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental health problems on antipsychotic medications and whose condition is aggravated by staying in closed spaces مشاكل صحية نفسية مع تناول الأدوية المضادة للذهان والذين قد تتفاقم حالتهم بالبقاء في الأماكن المغلقة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minor travelers (below 18 years old) traveling without an accompanied guardian. القاصر (أقل من 18 سنة) والمسافر دون رفقة ولي أمره/ الوصي عليه (شخص بالغ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetic with neuro, nephro, retinopathy and any other complications. مرض السكري والمصحوب باعتلال الأعصاب أو الكلى أو شبكية العين وغيرها من مضاعفات المرض

إذا كانت الإجابة بـ «نعم» على أي من الحالات المذكورة أعلاه، وقام الشخص بالسفر مع أسرته أو مقدم الرعاية الصحية، أو مساعد الأسرة، أو السائق، ممن يتشاركون ذات العنوان الوطني، يرجى تعبئة التفاصيل أدناه

If the answer was 'Yes' to any of the above conditions, and the individual traveled together with his immediate family and/or health caregiver, household helper, driver, who share the same national address, please complete their details below:

رقم الهاتف Phone#	رقم البطاقة الصحية Health Card#	رقم جواز السفر Passport#	رقم البطاقة الشخصية القطرية QID#	الاسم Name	العنوان الوطني National Address

Household Helper/s:

مقدمي الرعاية والمساعدة للأسرة:

رقم الهاتف Phone#	رقم البطاقة الصحية Health Card#	رقم جواز السفر Passport#	رقم البطاقة الشخصية القطرية QID#	الاسم Name	العنوان الوطني National Address

MEDICAL STAFF USE ONLY

لاستخدام الموظف الطبي فقط

Hotel Quarantine حجر فندقي

Home Quarantine حجر منزلي

Name:

الاسم:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ

In the case of Home Quarantine, the following rules should be adhered to:

في حال الحجر المنزلي، يجب التقيد والتحقق من التالي:

1. Have suitable housing conditions with the availability of their own room and linked bathroom. ١. توافر ظروف السكن المناسبة للحجر المنزلي من حيث توافر غرفة ملحقة بدورة مياه خاصة بها.
2. Sign an undertaking to abide by the rules of home-based quarantine. ٢. التوقيع على تعهد بالالتزام بقواعد الحجر الصحي المنزلي.
3. Read the information on Home Quarantine available as an electronic copy on the MOPH website. ٣. قراءة الكتيب الخاص بالحجر الصحي المنزلي والمتوفر كنسخة إلكترونية على موقع وزارة الصحة العامة.
4. Follow the preventive measures at home to protect others. ٤. الالتزام بالتدابير الوقائية في المنزل لحماية الآخرين.
5. Have a swab taken on day 6 of arrival at one of the PHCC Health Care Centers. ٥. إجراء الفحص في اليوم السادس من العودة من خلال زيارة أحد المراكز الصحية التابعة لمؤسسة الرعاية الصحية الأولية.
6. Must answer the phone calls from the public health team. ٦. الرد على المكالمات الهاتفية اليومية مع فريق الصحة العامة.
7. Agree to receive a visit from the public health team every 2-3 days. ٧. الموافقة على تلقي زيارة أو مكالمة من فريق الصحة العامة كل ٢-٣ أيام.
8. Must inform the public health team if any symptoms developed (fever, cough, body aches, change in taste, or smell). ٨. التواصل مع فريق الصحة العامة في حال ظهور أعراض الحمى، السعال، آلام في الجسم، تغير في حاسة التذوق أو الشم.
9. Must download the Ehteraz app. ٩. تحميل تطبيق اhtراز.
10. Should not receive visitors while under home quarantine. ١٠. الامتناع عن استقبال الزوار خلال فترة الحجر الصحي.