

شماره: ۱۲۶۵ / م / ب

تاریخ: ۰۷NOV2021 ۱۴۰۰/۰۸/۱۶

به: رؤسای محترم شعب "هما" و مدیران محترم دفاتر خدمات مسافرت هوایی
موضوع: بروز رسانی مقررات سفر به کشور ایران در شرایط کنونی

احتراماً، پیرو دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف افزایش اقدامات پیشگیرانه در جلوگیری از گسترش ویروس کرونا در کشور، شرایط پذیرش مسافران ورودی در پروازهای بین المللی به ایران، به شرح ذیل اعلام می گردد. این رویه جایگزین رویه های ۱۲۲۶ و ۱۲۴۷ می گردد.

۱. کلیه مسافران بالای ۱۲ سال در پروازهای ورودی به ایران می باشند در محدوده ۹۶ ساعت مانده به پرواز اقدام به انجام آزمایش PCR نمایند و گواهی جواب منفی تست کرونا را به زبان انگلیسی به همراه داشته باشند.
۲. مسافران با قابیت غیر ایرانی علاوه بر تست PCR، می باشند دارای کارت واکسیناسیون کرونا به زبان انگلیسی بوده و از آخرین نوبت تزریق آنها ۱۴ روز گذشته باشد.
۳. تکمیل فرم خود اظهاری پیوست توسط مسافران قبل از پرواز الزامی است.

محمد هادی صانعی
رئیس رویه ها و مقررات بازرگانی

COVID-19 Self Declaration Form



ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
Ministry of Health and
Medical Education

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 Blo pressure C diovascular 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



سازمان جوامیل کشوری

CAO.IRI

فرم خوداظهاری بیماری کرونا ویروس جدید (COVID-19)

مسافر گرامی، اینه اطلاعات زیر طبق قوانین دولت جمهوری اسلامی ایران و بنظور حفظ سلامت عمومی ضروری بوده و بعنوان پخشی از اقدامات بهداشت عمومی در پاسخ به همه گیری جهانی کروناویروس جدید و منحصراً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مورد استفاده قرار خواهد گرفت.



(رهبری)

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

* تکمیل و تحويل 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:	۸-شماره پرواز:	۹-شماره صندلی شما در هواپیما:	۱۰- محل اقامت (در ایران):	۱۱-شماره تلفن در ایران:	۱۲- محل اقامت دائم:
۱۳-موبایل:	۱۴- منزل:				

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 ...) دارد؟ در صورت پاسخ مثبت نام ببرید. بله خیر

در حال حاضر کدامیک از نشانه های زیر را دارد؟

تب	<input type="checkbox"/>	سرقة	<input type="checkbox"/>	احساس تنگی نفس	<input type="checkbox"/>	گودرد	<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 بیبی	<input type="checkbox"/>	از دست دادن حس چشای	<input type="checkbox"/>	از دست دادن حس بویای	<input type="checkbox"/>								

آیا تاکنون از بیمار مبتلا به کرونا ویروس جدید مراقب گرده اید؟ بله خیر

آیا در پیک مکان زندگی کرده اید؟ بله خیر

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

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

در صورت پاسخ بله، اقدامی که برایتان انجام شده چه بوده؟ بستره در بیمارستان درمان و اقامت در منزل

۳-اینچنانچه صحبت اطلاعات مندرج در پرسشنامه فوق را تائید نمینمایم.

امضاء