

## نموذج التقييم الصحي للقادمين 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:

### 1. المعلومات الشخصية للمسافر:

Mobile No.: رقم الهاتف: الجوال:	Date of Birth: (M/D/Y) تاريخ الميلاد: الشهر / اليوم / 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)	Port of Arrival: محطة الوصول:

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

### 2. هل تم تشخيص المسافر بأي من الحالات التالية؟

لا No	نعم Yes	لا No	نعم Yes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الفشل الكلوي في مراحله النهائية أو يخضع لجلسات غسيل الكلى End-stage renal failure (ESRD) or on dialysis		Aged 55 years and above العمر 55 سنة وما فوق	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregnant female (any trimester) حامل		Had Organ or Bone marrow transplant زرعة أعضاء أو نخاع شوكي	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أم مرضعة مع أطفال تتراوح أعمارهم بين 0-5 سنوات Nursing mothers with children aged 0-5 years		Hypertension and on treatment ارتفاع ضغط الدم ويتلقى العلاج	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شخص ذي إعاقة يعتمد على الآخرين للقيام بأنشطته اليومية Persons with disabilities (dependent on others for their daily activities)		Have conditions that require immune-suppressive treatment أي حالة تتطلب علاج مثبط للمناعة	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أطفال ذوي إعاقة وأمهاتهم Children with disabilities and their mothers		Heart failure or coronary artery disease فشل القلب أو مرض الشريان التاجي	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy and on treatment الصرع ويخضع للعلاج		Moderate to severe asthma الربو المتوسط إلى الشديد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetic foot infections داء القدم السكرية		Cancer and on treatment السرطان ومن خضع للعلاج (العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لديه قريب من الدرجة الأولى توفي في الأيام العشرة الأخيرة Deceased first degree relative in the last 10 days		Chronic liver disease (CLD) أمراض الكبد المزمنة	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشاكل صحية نفسية مع تناول الأدوية المضادة للذهان والذين قد تتفاقم حالتهم بالبقاء في الأماكن المغلقة Mental health problems on antipsychotic medications and whose condition is aggravated by staying in closed spaces		Lower limb amputations بتر في الأطراف السفلية	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Diabetic and on treatment السكري ويخضع للعلاج	

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" على أي من الحالات الطبية المذكورة أعلاه، وقام الشخص بالسفر مع أسرته أو مقدم الرعاية الصحية، أو مساعد الأسرة، أو السائق، يرجى تعبئة التفاصيل أدناه:

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

العلاقة	الاسم	رقم البطاقة الشخصية القطرية	رقم جواز السفر	رقم البطاقة الصحية	رقم الهاتف
Relationship	Name	QID #	Passport #	Health Card #	Phone #

مقدمي الرعاية والمساعدة للأسرة:

Household Helper/s:

العلاقة	الاسم	رقم البطاقة الشخصية القطرية	رقم جواز السفر	رقم البطاقة الصحية	رقم الهاتف
Relationship	Name	QID #	Passport #	Health Card #	Phone #

الاستخدام الموظف الطبي فقط	MEDICAL STAFF USE ONLY
<input type="checkbox"/>	Home Quarantine
<input type="checkbox"/>	Hotel Quarantine
الاسم:	Name:
التوقيع:	Signature:
التاريخ:	Date:

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

1. Have suitable housing conditions with the availability of their own room and linked bathroom.
2. Sign an undertaking to abide by the rules of home-based quarantine.
3. Watch a short video and review the pamphlet on Home Quarantine.
4. Follow the preventive measures at home to protect the others.
5. Have a swab taken on day 5 or 6 of arrival at one of the nearest Health Care Centers.
6. Must answer the phone calls from the public health team.
7. Agree to receive a visit from the public health team every 2-3 days.
8. Must inform the public health team if any symptoms developed (fever, cough, body aches, change in taste or smell).
9. Must download the Ehteraz app.
10. Should not receive visitors while under home quarantine.

- في حال الحجر المنزلي، يجب التقيد والتحقق من التالي:
1. توافر ظروف السكن المناسبة للحجر المنزلي من حيث توافر غرفة ملحقة بدورة مياه خاصة بها.
  2. التوقيع على تعهد بالالتزام بقواعد الحجر الصحي المنزلي.
  3. مشاهدة فيديو قصير وقراءة الكتيب الخاص بالحجر الصحي المنزلي.
  4. الالتزام بالتدابير الوقائية في المنزل لحماية الآخرين.
  5. إجراء الفحص في اليوم الخامس أو السادس من العودة من خلال زيارة أحد المراكز الصحية القريبة من منزلك.
  6. الرد على المكالمات الهاتفية اليومية مع فريق الصحة العامة.
  7. الموافقة على تلقي زيارة أو مكالمة من فريق الصحة العامة كل 2-3 أيام.
  8. التواصل مع فريق الصحة العامة في حال ظهور أعراض كالحمى، السعال، آلام في الجسم، تغير في حاسة الذوق أو الشم.
  9. تحميل تطبيق احتراز.
  10. الامتناع عن استقبال الزوار خلال فترة الحجر الصحي.