

TỜ KHAI Y TẾ ĐỐI VỚI NGƯỜI

Đây là tài liệu quan trọng, thông tin của Anh/Chị sẽ giúp cơ quan y tế liên lạc khi cần thiết để phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm.

- Họ tên (viết chữ in hoa):
- Năm sinh: Giới tính: Quốc tịch:
- Số hộ chiếu hoặc giấy thông hành hợp pháp khác:
- Thông tin đi lại: Tàu bay Tàu thuyền Ô tô Khác (ghi rõ):.....
- Số hiệu phương tiện:..... Số ghế (nếu có):.....
- Ngày khởi hành: /..... /..... Ngày nhập cảnh: /..... /.....
- Địa điểm khởi hành (tỉnh/quốc gia):.....
- Địa điểm nơi đến (tỉnh/quốc gia):.....
- Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào không? (nếu có ghi rõ):
- Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam**
- Địa chỉ nơi ở tại Việt Nam
- Điện thoại:..... Email:

Trong vòng 14 ngày (tính đến thời điểm làm thủ tục xuất cảnh, nhập cảnh, quá cảnh) Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
• Sốt	[]	[]	• Nôn/buồn nôn	[]	[]
• Ho	[]	[]	• Tiêu chảy	[]	[]
• Khó thở	[]	[]	• Xuất huyết ngoài da	[]	[]
• Đau họng	[]	[]	• Nổi ban ngoài da	[]	[]

Liệt kê tên vắc xin hoặc sinh phẩm y tế đã sử dụng:

Lịch sử phơi nhiễm: Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có:

• Đến trang trại chăn nuôi/ chợ buôn bán động vật sống/ cơ sở giết mổ động vật/ tiếp xúc động vật	Có [] Không []
• Trực tiếp chăm sóc người bệnh truyền nhiễm	Có [] Không []

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

Ngày tháng năm 202..

Ký tên

HƯỚNG DẪN

Hành khách mang theo phần này để làm thủ tục nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh và bảo vệ sức khỏe của Anh/ Chị

- Họ tên (viết chữ in hoa):
- Tên tỉnh hoặc thành phố hoặc vùng lãnh thổ hoặc quốc gia xuất phát:

XÁC NHẬN CỦA KIỂM DỊCH VIÊN Y TẾ

Vì sức khỏe của Anh/ Chị và của cộng đồng nếu Anh/ Chị thấy xuất hiện bất cứ dấu hiệu bất thường về sức khỏe, đề nghị liên hệ ngay với cơ quan kiểm dịch y tế biên giới tại cửa khẩu hoặc cơ quan y tế nơi gần nhất hoặc theo địa chỉ e-mail: hoặc số fax:

Điện thoại đường dây nóng của tỉnh/thành phố (nơi có cửa khẩu):

Ngày tháng năm 202...

Điện thoại đường dây nóng của Bộ Y tế: ...

MEDICAL DECLARATION FORM

This is important document, your information is vital to allow health authorities contact you to prevent communicable diseases

- Full name (BLOCK LETTERS):
- Date of Birth: Gender: Nationality:
- Passport number or other legal document:
- Travel information: Plane Ship Automobile Other (clarify):
- Transportation No.: Seat No.:
- Departure date: / / Immigration date: / /
- Place of departure (province/country):
- Place of destination (province/country):
- In the past 14 days, have you been to any province/city/territory/country? If yes, where?:

Contact information in Viet Nam

- Staying address:
- Tel./Mob.: Email:

If you have any of the followings at present or during the past 14 days (until the date of entry/exit/transit)?

Symptoms	Yes	No	Symptoms	Yes	No
▪ Fever	[]	[]	▪ Vomiting	[]	[]
▪ Cough	[]	[]	▪ Diarrhea	[]	[]
▪ Difficulty of breathing	[]	[]	▪ Rash	[]	[]
▪ Sore throat	[]	[]	▪ Skin haemorrhage	[]	[]

List of vaccines or biologicals used:

History of exposure: During the last 14 days, did you:

▪ Visit any poultry farm/ living animal market/ slaughter house/ contact to animal	Yes [] No []
▪ Care for a sick person of communicables diseases	Yes [] No []

The information I have given is true, correct and complete. I understand failure to answer any question may have serious consequences.

Day: Month: Year: 202..

Signature of Passenger/ Crew

GUIDANCE

Passenger uses this part for entry/exit/transit clearance and for protection of your health	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Full name (BLOCK LETTERS): ▪ Province/City/Territory/Country of departure: 	
<p>VERIFICATION BY HEALTH QUARANTINE OFFICER</p>	<p>For your own health and that of the community, if you experience any of the above-mentioned symptoms, please contact health quarantine units at points entry or the nearest healthcare centre or email to Email: or Fax:</p> <p>Hotline of province/city of point of entry: ...</p> <p>Hotline of the Ministry of Health: ...</p>
<p>Date Month Year 202...</p>	