Mầu số 01

(Kích thước 297 X 105 mm, co gọn trong một trang giấy)

(mặt trước)

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 2021* **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 và tên (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 của 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 của khẩu):……………….Điện thoại đường dây nóng củ Bộ Y tế…………………………………..…… |

**(mặt sau)**

**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: / / Immigation 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**

* Full name (BLOCK LETTERS):
* Province/City/Territory/Country of departure:

**VERIFICATION BY** For your own heath and that of the community, if

**HEALTH QUARANTINE OFFICER** you experience any of the above-mentioned symptoms, please contact heath quarantine units at points entry or the nearest healthcare centre or email to Email: or Fax:

Hotline of province/city of point of entry: ... Hotline of the Ministry of Health: ...