



شماره: ۴۳۲۲۰

تاریخ: ۰۷ مرداد ۱۳۹۹

## موضوع: شرایط پذیرش مسافران ورودی به ایران

همکاران گرامی،

احتراماً بدینوسیله به استحضار می‌رساند طبق بخشنامه شرکت شهر فرودگاهی امام خمینی(ره) به منظور جلوگیری از گسترش ویروس کرونا، شرایط پذیرش مسافران ورودی در پروازهای بین‌المللی، از تاریخ ۱۵ مرداد ۱۳۹۹ (معادل ۰۵ آگوست ۲۰۲۰) به شرح ذیل اعلام می‌گردد:

۱. فرم خوداظهاری و تعهدنامه می‌بایستی قبل از پرواز توسط مسافران تکمیل و در بدو ورود به مسئولین مربوطه ارائه گردد.
۲. کلیه مسافرین بالای دو سال در پروازهای ورودی به ایران می‌بایست اقدام به انجام آزمایش PCR در محدوده ۹۶ ساعت قبل از پرواز نمایند و جواب منفی تست کرونا را به زبان انگلیسی در هنگام ورود به نمایندگان وزارت بهداشت مستقر در پایگاه بهداشت مرزی تحویل نمایند.
۳. غربالگری برای همه مسافران در بدو ورود انجام خواهد شد. در صورت مشکوک بودن:
  - مسافران با تابعیت ایرانی، می‌بایست پس از تکمیل فرم تعهد نامه، خود را به مدت ۱۴ روز قرنطینه خانگی نمایند.
  - مسافرین با تابعیت غیر ایرانی به محل‌های مشخص شده از سوی وزارت بهداشت راهنمایی شده و به مدت ۱۴ روز قرنطینه خواهند شد. هزینه انجام تست حدوداً "۱۷ دلار و اقامت در هتل حدوداً" مبلغ ۴,۵۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر شب در هتل IBIS واقع در شهر فرودگاهی امام خمینی(ره) به عهده مسافراست.
۴. در صورت نداشتن گواهینامه سلامت و تست کرونا در بدو ورود:
  - مسافران با تابعیت غیر ایرانی اجازه ورود به کشور را نداشته و بازگردانده خواهند شد. بلیط در چنین شرایطی قابل استرداد نیست و آژانس صادر کننده موظف به اطلاع رسانی به مسافر می‌باشد.
  - از مسافران با تابعیت ایرانی تست گرفته شده و به مدت ۴۸ ساعت در هتل IBIS واقع در شهر فرودگاهی امام خمینی(ره) قرنطینه خواهند شد و در صورت مثبت بودن تست، به بیمارستان منتقل می‌گردند. لازم به ذکر است که هزینه انجام تست حدوداً "۱۷ دلار و اقامت در هتل حدوداً" مبلغ ۴,۵۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر شب به عهده مسافران می‌باشد.
۵. استفاده از ماسک در فرودگاه‌ها و در طول پرواز الزامی می‌باشد.

شماره: ۴۳۲۲۰

تاریخ: ۰۷ مرداد ۱۳۹۹



**فرم غربالگری بیماری کرونا جدید (COVID-19)**

مسافر گرامی، جهت حفظ هرچه بیشتر سلامتی خود پرسشنامه زیر را بدقت تکمیل و امضاء نمائید، ضمناً پس از فرود هواپیمای این فرم در اختیار نمایندگان وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی تهران (مستقر در پایگاه مراقبت بهداشت مرزی) فرودگاه امام خمینی (ره) قرار میگیرد.

**\* تکمیل و تحویل این فرم قبل از ورود به کشور الزامیست. / ضمناً فیلد شماره تماس حتماً تکمیل گردد.**

**۱- اطلاعات شخصی:**

نام و نام خانوادگی:	۲-جنسیت (زن/مرد):	۳- تاریخ تولد:	۴- ملیت:	۵- کد ملی:	۶- شماره گذرنامه:
۷- تاریخ پرواز:	۹- شماره صندلی شما در هواپیما:	۱۰- محل اقامت (در ایران):	۱۱- شماره تلفن در ایران:	میزل:	۱۲- محل اقامت دائم:
۸- شماره پرواز:			موبایل:		

**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 از قبیل دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی، ... دارید؟ در صورت پاسخ مثبت نام ببرید. بلی  خیر

در حال حاضر کدامیک از نشانه های زیر را دارید؟

تب <input type="checkbox"/>	سرفه <input type="checkbox"/>	احساس تنگی نفس <input type="checkbox"/>	سوزش <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 بینی <input type="checkbox"/>	از دست دادن حس چشایی <input type="checkbox"/>	از دست دادن حس بویایی <input type="checkbox"/>					

آیا تاکنون به بیماری کرونا و بروس جدید مبتلا شده اید؟ بلی  خیر   
آیا تاکنون از بیمار مبتلا به کرونا و بروس جدید مراقب کرده اید؟ بلی  خیر   
آیا او در یک مکان زندگی کرده اید؟ بلی  خیر   
آیا تماس رو در رو با چنین فردی داشته اید؟ بلی  خیر   
آیا در بیمارستانی که مواردی از کرونا و بروس در آن تحت درمان بوده، به عیادت بیمار رفته یا کار کرده اید؟ بلی  خیر   
آیا کسی از اعضای خانواده شما از نظر ابتلا به کرونا و بروس مشکوک (یا محتمل) میباشد؟ بلی  خیر

**۳- اینجانب ..... صحت اطلاعات مندرج در پرسشنامه فوق را تأیید مینمایم.**

امضاء

**Corona virus (Covid-19) Screening form**

Dear Passenger, in order to maintain your health as much as possible, complete and sign the following questionnaire carefully. Meanwhile, after landing, this form will be provided to the representatives of the Ministry of Health and Tehran University of Medical Sciences located at the Border Health Surveillance Unit of Imam Khomeini International Airport.

**\* 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(Iran):			
10-Your contact information in I.R. IRAN Tel(Home):	Cell(Mobile):	11-Permanent residency:			

**2-Answer the following questions?**

Which countries have you traveled to the last 14 days? .....

Do you have any history of underlying disease? Such as Diabetes  Blood pressure  Cardiovascular disease  Respiratory disease  Others

Which of the following symptoms do you have now?

Fever  Cough  Dyspnea  Headache  Soar Throat  Body pain  Trembling  Nausea  Vomiting  Diarrhea  Runny nose  Loss of the sense of taste   
Loss of the sense of smell

Have you ever had a new Corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Have you had a face-to-face contact with a case of new Corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Have you ever cared for a patient with new corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Have you visited or worked in a hospital where cases of Corona virus are being treated?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Do you have lived with a new Corona virus patient in one place?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Has your family member been a suspect or probable case of new Corona virus?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**3- I, ....., confirm the accuracy of the information in the above questionnaire.**

Signature