



ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN  
Ministry of Health and  
Medical Education

## COVID-19 Self Declaration Form

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  Blood pressure  Cardiovascular 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 <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"/>
Do you have lived with a covid-19 patient in the same place?	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"/>
Have you ever had a new Corona virus ?	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"/>

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



## فرم خوداظهاری بیماری کرونا ویروس جدید (COVID-19)

مسافر گرامی، ارائه اطلاعات زیر طبق قوانین دولت جمهوری اسلامی ایران و بمنظور حفظ سلامت عمومی ضروری بوده و بعنوان بخشی از اقدامات بهداشت عمومی در پاسخ به همه گیری جهانی کرونا ویروس جدید و منحصراتوسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مورد استفاده قرار خواهد گرفت.



\* 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 صدلی شما در هواپیما:	۱۰- محل اقامت (در ایران):	۱۱- شماره تلفن در ایران:	۱۲- محل اقامت دائم:	
۸- شماره پرواز:			میزن:		
			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 (دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی و ...) دارید؟ در صورت پاسخ مثبت نام ببرید.  خیر  بلی

در حال حاضر کدامیک از نشانه های زیر را دارید؟

<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/> احساس تنگی نفس	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> گلودرد	<input type="checkbox"/> بدن درد	<input type="checkbox"/> لرز	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> استفراغ
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 از بیمار مبتلا به کرونا ویروس جدید مراقب کرده اید؟  خیر  بلی

یا با او در یک مکان زندگی کرده اید؟  خیر  بلی

آیا تاکنون به بیماری کرونا ویروس جدید مبتلا شده اید؟  خیر  بلی

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

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

در صورت پاسخ بلی، اقداماتی که برایتان انجام شده چه بوده؟  بستری در بیمارستان  درمان و اقامت در منزل

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

امضاء

### **Passenger Commitment Letter**

Name:..... Surname:..... Date of birth:.....

Passport No:..... E-Mailaddress:.....

Residence address in Iran:.....

Phone number in Iran:.....

I hereby accept the following laid down by I.R. of Iran for containment of the coronavirus disease (Covid-19):

1. Arriving to the I.R of Iran airport, I will present my health certificate indicating result of molecular test (RT-PCR) for Covid-19, got at a maximum interval of 96 hours prior to arrival to Iran, to be negative.
2. I am informed that in case of presenting no health certificate at arrival, non-Iranian passengers will be returned to their flight destination and Iranian passengers will stay in the designated quarantine area immediately until the results of the molecular test are determined. If the test is positive, the passenger will stay in the quarantine for 14 days.
3. I undertake to fully cooperate with the airport health officials in the implementation of on-site screenings and health measures recommended by the Ministry of Health of the I.R of Iran.
4. I am aware that if I am suspected to COVID-19 upon arrival, even having health certificate indicating test negative for COVID-19 maximum 96 hours prior to the arrival, at the discretion of the airport health authorities I will be guided to the designated quarantine. The stay in quarantine will be until a negative COVID-19 laboratory result is obtained or for 14 days after arrival.
5. I am informed that all costs of quarantine and laboratory tests are borne by the passenger.
6. Regarding the future follow-ups for myself and my companions, I will fully cooperate with the representatives of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education.

Date and signature