

YOLCU TANITIM FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1-)1.Hamur kağıt olacaktır
- 2-)sayfa ebatları Verilecek numune ebadında olmalıdır
- 3-) Yolcu Tanıma Formu arkalı önlü olmalıdır
- 4-) Yolcu Tanıma Formu içeriği verilen numuneye uygun olmalıdır.
- 5-) Yolcu Tanıma Formu tablo ve şekiller bozulmamalıdır
- 6-)Beyaz kağıt olmalıdır
- 7-)Yazılar ve çizgiler siyah olmalıdır
- 8-)İstenilen miktarın tümü basılmadan önce bir adet numune basılarak sorumlular tarafından onaylanmalıdır
- 9-)Birer adet numune sorumlular tarafından onaylandıktan sonra uygunluk verilecektir

T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Doç.Dr.Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi
Mehmet BARIS
Tıbbi Sekreter

DOÇ.DR.YAŞAR ERYILMAZ
DOĞUBAYAZIT DEVLET HASTANESİ
Fikret ERDOĞAN
Ambar Birimi

DOÇ.DR.YAŞAR ERYILMAZ
DOĞUBAYAZIT DEVLET HASTANESİ
Erdal ÇELİK
Biyomedikal Birimi

YOLCU TANITIM KARTI (Passenger Locator Card)

Yolcu Tanıtım Kartı: Bu form Sağlık görevlilerinin bulaşıcı hastalığa maruz kalmanız durumunda sizinle iletişim kurmasına bilgileriniz yardımcı olacaktır. Bu nedenle formu eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmanız önemlidir. Bilgileriniz yürürlükteki yasalara uygun olarak ve sadece halk sağlığı amaçları için kullanılacaktır.

Sağlığınızı korumamıza yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

Bu form, her ailenin yetişkin bir üyesi tarafından doldurulmalıdır. Büyük harfle ile yazınız.

SEYAHAT BİLGİLERİ (Demiryolu, Karayolu)

1.Ulaşım Firmasının Adı	2. Sefer Sayısı/Saati	3.Koltuk Numarası	4.Varış Tarihi GÜN/AY/YIL

KİŞİSEL BİLGİLER

5.Soyadınız	6.Adınız	7.İkinci Adın İlk Harfi	8.Cinsiyetiniz
			Bay <input type="checkbox"/> Bayan <input type="checkbox"/>

TELEFON NUMARASI

Gerekirse ulaşılabileceğiniz-ülke kodunu ve şehir kodunu ekleyin

9.Mobil		10.İş	
11.Ev		12.Diğer	

13.E-Posta Adresi

DAİMİ ADRES	14.Sokak ve numara	15.Daire Numarası

16.İlçe		17.İl	
18.Ülke		19.Posta Kodu	

GEÇİCİ ADRES

Eğer bir ziyaretçi iseniz, sadece kalacağınız ilk yeri yazın.

20.Otel Adı (Varsa)	21.Sokak ve Numara	22.Daire Numarası
23.Şehir	24.İl	
25.Ülke	26.Posta Kodu	

ACİL İLETİŞİM (Önümüzdeki 30 gün içinde size ulaşılabilecek kişi bilgisi)

27.Adı	28.Soyadı	29.Şehir

30.Ülke	31.E-Posta Adresi
32.Cep Telefonu 0()	33.Diğer

BU BÖLÜM SAĞLIK PERSONELİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

İRANDA KUM VE MEŞHED ŞEHİRLERİNDE BULUNDUNUZ MU?

EVET

HAYIR

CEVABINIZ EVET İSE:

BU ŞEHİRLERDE BULUNDUĞUNUZ TOPLAM SÜRE: GÜN

BU ŞEHİRLERDEN AYRILIŞ TARİHİ:/...../.....

AŞAĞIDA YER ALAN SEMPTOMLARDAN HERHANGİ BİRİSİ VAR MI?

ATEŞ	SOLUNUM SIKINTISI	TAKİPNE
ÖKSÜRÜK	BOĞAZ AĞRISI	HİPOTANSİYON

İRAN'DA BULUNDUĞUNUZ ŞEHİRLER

1. ŞEHİR

2. ŞEHİR

3. ŞEHİR

4. ŞEHİR

İRAN'DA TOPLAMDA BULUNDUĞUNUZ SÜRE: GÜN

İRANDAN AYRILIŞ TARİHİ:/...../.....

BU MUAYENE VE BİLGİLENDİRME SONRASINDA BANA SUNULAN ÇADIR VEYA HASTANEDE İZOLASYON UYGULAMASINI KABUL EDİYORUM.

Yukarıdaki alana kişi kendi el yazısı ile "OKUDUM ANLADIM" yazarak imzalayacaktır.

İmza:

Adı:

Soyadı:

Yolcu ile yakınlığı:

(Kendisi/Eşi/Çocuğu/Velisi/Vasisi)