

بطاقة تعريف

معلومات حول الشخص:	
الاسم الثلاثي	
تاريخ الولادة	
الجنس	ذكر أنثى
الجنسية (تعداد جميع الجنسيات التي يحملها الشخص)	
الوضع الاجتماعي	متزوج أعزب مطلق غيره
رقم الهاتف / الواتساب	
البريد الإلكتروني	
وجود مرافقين (أفراد العائلة)	نعم لا
قادم إلى لبنان من:	
البلدان التي زارها في 15 يوم التي سبقت العودة إلى لبنان	
تاريخ العودة إلى لبنان	

في حال كانت الإجابة حول وجود مرافقين بنعم، الرجاء تعبئة الجدول التالي					
معلومات حول المرافقين					
المرافق الأول	الاسم الثلاثي	العمر	الجنس	الجنسية	صلة القرابة
المرافق الثاني					
المرافق الثالث					
المرافق الرابع					
المرافق الخامس					
المرافق السادس					
المرافق السابع					

معلومات حول الوضع الصحي للشخص:	
وجود عوارض تنفسية حادة: 1- حرارة 2- سعال 3- وجع في الحلق 4- ضيق تنفس 5- غيره، حدد.....	
وجود أمراض تنفسية أخرى: لا نعم؛ حدد.....	
هل تعاني من أي أمراض مزمنة	نعم لا
نوع المرض المزمن	1.1 سكري 1.2 ضغط 1.3 كوليتيرول/تريكليريد 1.4 قلب وشرابين 1.5 نقص مناعة 1.6 سرطان غيره، حدد.....
هل تعاني من أية إعاقة	نعم لا
نوع الإعاقة	1. جسدية 2. بصرية 3. صمم 4. إفراط في الحركة 5. متلازمة داون 6. غير ذلك.....

بطاقة تعريف

معلومات حول الوضع الصحي للمرافقين		
هل يعاني أي من المرافقين من عوارض تنفسية حادة	نعم، العدد.....	لا
المرافق 1: الإسم.....	المرافق 2: الإسم.....	المرافق 3:.....
حرارة سعال وجع في الحلق ضيق تنفس غيره، حدد.....	حرارة سعال وجع في الحلق ضيق تنفس غيره، حدد.....	حرارة سعال وجع في الحلق ضيق تنفس غيره، حدد.....
المرافق 4: الإسم.....	المرافق 5: الإسم.....	المرافق 6:.....
حرارة سعال وجع في الحلق ضيق تنفس غيره، حدد.....	حرارة سعال وجع في الحلق ضيق تنفس غيره، حدد.....	حرارة سعال وجع في الحلق ضيق تنفس غيره، حدد.....
هل يعاني أي من الأشخاص المرافقين من أي مرض مزمن	نعم	لا
المرافق 1: الإسم.....	المرافق 2: الإسم.....	المرافق 3: الإسم.....
سكري ضغط كوليستيرول/تريكليريدي قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد.....	سكري ضغط كوليستيرول/تريكليريدي قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد.....	سكري ضغط كوليستيرول/تريكليريدي قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد.....
المرافق 4: الإسم.....	المرافق 5: الإسم.....	المرافق 6: الإسم.....
سكري ضغط كوليستيرول/تريكليريدي قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد.....	سكري ضغط كوليستيرول/تريكليريدي قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد.....	سكري ضغط كوليستيرول/تريكليريدي قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد.....
هل يعاني أي من الأشخاص المرافقين من أية إعاقة	نعم	لا
نوع الإعاقة	1.جسدية 2.بصرية 3.صمم 4.إفراط في الحركة 5.متلازمة داون 6.غير ذلك.....	

بطاقة تعريف

هل خالطت أحد المصابين أو المشتبه بإصابتهم بفيروس كوفيد19	نعم	لا
هل خالط أحد أفراد العائلة أحد المصابين أو المشتبه بإصابتهم بفيروس كوفيد19	نعم	لا

معلومات حول مكان الحجر المزمع اعتماده عند العودة إلى لبنان		
هل يتوفر لديك منزل لإتمام الحجر الصحي فيه	1. نعم	2. لا
هل يتوفر لديك منزل لإتمام المرافقين الحجر الصحي فيه	1. نعم	2. لا
عدد الأفراد في المنزل المنوي الحجر فيه		
عدد الأطفال في هذا المنزل		
عدد كبار السن (أكثر من 65 سنة)		
عنوان السكن المزمع اعتماده للحجر	3. المحافظة:	6. الحي/الشارع:
	4. القضاء:	7. إسم المبنى:
	5. البلدة:	8. ملك:
مكان السكن	1. شقة سكنية في مبنى سكني	2. منزل منفرد
عدد مداخل المنزل/ المبنى	1. واحد	2. اثنين أثنين
وجود مصعد	1. نعم	2. لا
عدد الغرف في الشقة/المنزل		
عدد الحمامات		
توفر غرفة فردية يمكن عزلها عن باقي الغرف	1. نعم	2. لا
توافر الملابس الكافية	نعم	لا
توافر الغذاء	نعم	لا
توافر مستلزمات النظافة	نعم	لا
خدمات الغسيل	نعم	لا
توفر مياه الاستخدام	نعم	لا
توفر التدفئة	نعم	لا
توفر تغذية كهربائية	نعم	لا
توفر الهاتف	نعم	لا
توفر خدمة التخلص من النفايات	نعم	لا

بطاقة تعريف