



SURVEILLANCE AND HEALTH CONTROL FORM ON THE FRONTIER

PT

igilanciaControleSanitario&r=controle_sanitario/FichaVigilanciaControleSanitario/pt_lang&target=_blank&isPublic=1&lang=pt_PT&ref=16/12/2020 08:55:37&dad=controle_sanitario)

EN

igilanciaControleSanitario&r=controle_sanitario/FichaVigilanciaControleSanitario/en_lang&target=_blank&isPublic=1&lang=en_US&ref=16/12/2020 08:55:37&dad=controle_sanitario)

PASSENGER INFORMATION

* Full name	Nickname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Arrival Date	* Flight number
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seat number	* Passport number
<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Date of issue	* Expiry date
<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Age	* Gender
<input type="text"/>	-- Choose --
* Nationality	* Country of origin
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADDRESS AND CONTACTS IN DESTINATION CITY

* County	Localidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Street	Near by
<input type="text"/>	<input type="text"/>
* E-mail	* Contact phone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Work phone	Institution/Hotel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contact number in case of emergency	Habitual residence address
<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Resident In Cape Verde	* Expected duration of stay in Cape Verde
Yes No	<input type="text"/>

HEALTH INFORMATION

* Do you have the International Vaccination Certificate (Yellow Fever)?

Yes No

Have you been in transit in the last 15 days?

Yes No

* Countries where you stayed or transited in the last 15 days

* Have you been in countries or areas with COVID-19 community contagion in the last 14 days?

Yes No

* If yes, which

* Confirmo que todas as informações prestadas correspondem a verdade.

Confirmo

You have the following sudden onset signs / symptoms in the last 8 day

* Cough

Yes No

* Fever

Yes No

* Have a negative SARS-Cov 2 PCR test performed in the last 72 hours before travel

Yes No

LEGENDA



Ministério da Saúde e da Segurança Social

FORMULARZ NADZORU I KONTROLI ZDROWIA NA GRANICY

DANE PASAŻERA

* Imię i nazwisko

* Data przylotu

Numer siedzenia

* Data wydania paszportu

* Wiek

* Narodowość

Nazwa użytkownika

* Numer lotu

* Numer paszportu

* Data ważności paszportu

* Płeć

female - kobieta / male - mężczyzna

* Kraj pochodzenia

ADRES I KONTAKT W MIEJSCU WYPOCZYNKU

* Kraj

Ulica

* Adres e-mail

Telefon służbowy

Nr kontaktowy w razie wypadku

* Mieszkasz na Wyspach Zielonego Przylądka

Yes - Tak No - Nie

Miejscowość

W pobliżu

* Telefon kontaktowy

Nazwa instytucji/Hotelu

Adres zamieszkania

* Przewidywany czas pobytu na Wyspach Zielonego Przylądka

INFORMACJE DOT. ZDROWIA

* Czy masz międzynarodowe zaświadczenie o szczepieniach na (Żółta febra)

Yes - Tak No - Nie

* Czy odwiedziłeś inne kraje tranzytowe w przeciągu ostatnich 15 dni?

Yes - Tak No - Nie

* Kraje, w których byłeś ostatnio lub przejeżdżałeś w przeciągu ostatnich 15 dni

* Czy byłeś w ciągu ostatnich 14 dni w krajach, w których wystąpiło zakażenie COVID-19?

Yes - Tak No - Nie

* Jeśli tak, w których

* Potwierdzam, że wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą

Potwierdzam

* Czy w ciągu ostatnich 8 dni wystąpiły u Ciebie objawy takie jak:

* Kaszel

Yes - Tak No - Nie

* Gorączka

Yes - Tak No - Nie

* Czy miałeś w ciągu ostatnich 72 godzin test na SARS-Cov 2 PCR i jego wynik jest negatywny?

Yes - Tak No - Nie