



TRAVELERS SURVEILLANCE FORM

We will appreciate if you respond to ALL questions.

A: TRAVELERS INFORMATION

1. Name **Ivan Ivanov** Age **46** Sex **Male** (Female - для женщин)
 2. Nationality **Russian** Passport No (номер паспорта) **752002002** Flight No (номер рейса) **N4 2793**
 3. Arrival date (дата прибытия) **01.12.20** Point of entry **Zanzibar Airport** Seat no (номер кресла) **11B**
 4. Purpose of visit in Zanzibar: Resident/Tourist/Buisness/Other (specify) **Tourist**
 5. Duration of stay in Zanzibar (days) **12 days**
 6. Contact while in Zanzibar: Physical/Home address -
 7. Hotel name **Kiwengwa Beach Resort**
 Street/ward/District **Kiwengwa**
 Mobile No **+79156789999** Email **ivan.ivanov1974@gmail.com**
 8. Country where the journey started **Russia**
 9. For the last 21 days (3 weeks) which countries have you visited? (Посещали ли вы другие страны за последний 21 день?)
 Country (страна) - Location visited (регион) Duration (продолжительность)
 Country (страна) - Location visited (регион) Duration (продолжительность)
 Country (страна) - Location visited (регион) Duration (продолжительность)
 10. Do you have the following conditions, or have you experienced them during the last 7 days (1 week)?
 (Испытывали ли вы какие-либо из нижеперечисленных состояний в течение предыдущих 7 дней?)

Put Yes or No to each condition

	Yes	No		Yes	No
Fever (жар)		X	Joint/Muscle pain (боль в суставах/мышцах)		X
Swollen glands (увеличение миндалин)		X	Diarrhea (диарея)		X
Vomiting (рвота)		X	Body weakness (слабость)		X
Coughing/Shortness breathing (кашель / затрудненное дыхание)		X	Unusual bleeding (необычное кровотечение)		X
Skin rash (кожная сыпь)		X	Flu like symptoms (симптомы гриппа)		X
Jaundice (желтуха)		X	Flue (грипп)		X
Swallowing (боль при глотании)		X	Chills (озноб)		X
Headache (головная боль)		X	Paralysis (онемение конечностей)		X
Loss of appetite (потеря аппетита)		X			

Other specify (другое)

11. In the last 21 days (3 weeks) have you (В течение последних 21 дня вы): **Circle Yes or No each question**
 I. Visited/resided in an area with ongoing disease outbreak i.e. Ebola, Corona, or Yellow fever? (Посещали/проживали в районе с продолжающейся вспышкой болезни, такой как вирус Эбола, коронавирус или желтая лихорадка)? **Yes No**
 II. Participate in taking care of the sick person with symptoms above (Question 10)? (Участвовали в уходе за больным с вышеуказанными симптомами (в вопросе 10)? **Yes No**
 III. Participate in the burial of the dead person? (Посещали похороны)? **Yes No**

Signature of traveler (ваша подпись)

Date (число)

B: PUBLIC HEALTH MEASURES TAKEN (for official use only) **не заполняется**

ACTION TAKEN: 1. Allowed to proceed

2. Sent to Secondary screening

Name

Signature

Date

In case you feel FEVER and/or one of the following SIGNS AND SYMPTOMS: persistent coughing, persistent vomiting, persistent diarrhea, headache, skin rash, bleeding without previous injury, confusion, flu like symptoms, od swollen glands Please call the Number: 190