

بطاقة تعريف

| | |
|---|----------------------|
| معلومات حول الشخص: | |
| الاسم الثلاثي | |
| تاريخ الولادة | |
| الجنس | ذكر أنثى |
| الجنسية (تعداد جميع الجنسيات التي يحملها الشخص) | |
| الوضع الإجتماعي | 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 | | | | | |
| صلة القرابة | الجنسية | الجنس | العمر | الإسم الثلاثي | |
| | | | | | المرافق الأول |
| | | | | | 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 كولستيرول/تريكليسيريد 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: الإسم..... |
| 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: الإسم..... |
| 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/تريكلستيريد قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد..... | سكري ضغط كوليستيرول/تريكلستيريد قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد..... | سكري ضغط كوليستيرول/تريكلستيريد قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد..... |
| المرافق 4: الإسم..... | المرافق 5: الإسم..... | المرافق 6: الإسم..... |
| سكري ضغط كوليستيرول/تريكلستيريد قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد..... | سكري ضغط كوليستيرول/تريكلستيريد قلب وشرابين نقص مناعة سرطان غيره، حدد..... | سكري ضغط كوليستيرول/تريكلستيريد 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

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

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

بطاقة تعريف