



الجمهورية اللبنانية  
وزارة الصحة العامة  
دائرة الحجر الصحي

## بطاقة تعريف

الرجاء تعبئة هذه البطاقة وتسليمها الى مركز الحجر الصحي في مطار رفيق الحريري الدولي

Please fill the form and give it to the Quarantine Service at Rafic Hariri International Airport

Priere de remplir la fiche et la soumettre au Service du Controle Sanitaire à l'Aéroport International de Rafic Hariri

Family name / Nom de famille / الشهرة	First name / Prénom / الاسم
Nationality / Nationalité/ الجنسية	Date of birth / Date de naissance / تاريخ الولادة
Flight name and number / Nom & numéro du vol اسم الرحلة ورقمها	Date of arrival to Lebanon / date d'arrivée au Liban / تاريخ القدوم الى لبنان
Address in Lebanon / Adresse au Liban / العنوان في لبنان	
Phone number in Lebanon / Telephone au Liban / رقم الهاتف في لبنان	
البلدان التي مكثت فيها خلال 15 يوما قبل الوصول الى لبنان Countries where u have been 15 days before arrival to Lebanon Pays ou vous avez séjourné durant les 15 jours avant votre arrivée au Liban	
هل خالطت احد المصابين أو المشتبه باصابتهم بمرض الكورونا فيروس المستجد؟ Have you been in contact with a person affected with Novel Corona Virus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Etiez-vous en contact avec un patient atteint parle Nouveau Corona Virus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ما مدة اقامتك في لبنان؟ For how long you will stay in Lebanon? <input type="checkbox"/> < 15 days <input type="checkbox"/> > 15 days Quelle est votre durée de séjour au Liban? <input type="checkbox"/> < 15 jours <input type="checkbox"/> > 15 jours	
خلال 15 يوما من قدومك الى لبنان، كيف يمكن الاتصال بك؟ During the following 15 days on arrival to Lebanon, how can you be reached? Pour les 15 jours suivant votre arrivée au Liban, quel est le moyen de vous rejoindre?	

### خاص بمركز الحجر الصحي في مطار رفيق الحريري الدولي

درجة الحرارة:	ضيق في التنفس: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	سعال: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	ألم في الحنجرة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
نتيجة الفحص السريري:			
اعطي التعليمات الخطية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			
حالة مشتبهة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		أحيل الى الطبيب / مستشفى:	
اسم الطبيب:		التاريخ:	
الامضاء:			