

## ΚΑΡΤΑ ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΕΠΙΒΑΤΗ

(Υποχρεωτική Δήλωση Βάσει της Υπουργικής Απόφασης Γ.Υ. 39α/ΦΕΚ 1002/Β/2.4.2012)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΒΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο: .....

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ  Ημερομηνία γέννησης: ...../...../.....

Πώς φτάσατε στην Ελλάδα;

Με αεροπλάνο  Με πλοίο  Άλλο μεταφορικό μέσο (ονομάστε) .....

Αριθμός Πτήσης/Όνομασία Πλοίου: .....

Αριθμός Διαβατηρίου: .....

Τηλέφωνο: .....

Διεύθυνση παραμονής στην Ελλάδα: .....

### 1. ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ / ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΔΥΤΙΚΗ ΑΦΡΙΚΗ

1.1 ΝΑΙ Αν ναι, ποιά:

Γουινέα  Λιβερία  Σιέρα Λεόνε  Άλλη (ονομάστε)  ΟΧΙ

(Αν ΟΧΙ, τότε δεν χρειάζεται να απαντήσετε στις υπόλοιπες ερωτήσεις)

1.2 Ημερομηνία αναχώρησης (από τις παραπάνω χώρες) ...../...../.....

1.3 Ενδιάμεσες στάση /-εις (transit): .....

1.4 Τελικός προορισμός (Πόλη/Χώρα): .....

### 2. ΑΝ ΠΡΟΕΡΧΕΣΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΓΟΥΙΝΕΑ, ΣΙΕΡΑ ΛΕΟΝΕ ή ΛΙΒΕΡΙΑ

Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στη χώρα αυτή:

2.1 Ήρθατε σε επαφή με ασθενή που αρρώστησε από ή ήταν ύποπτος για αιμορραγικό πυρετό Ebola;

ΟΧΙ  ΝΑΙ

Αν ναι, πόσες ημέρες πριν;

Περισσότερο από 21 ημέρες  Λιγότερο από 21 ημέρες

2.2 Έχετε επισκεφτεί κάποιο νοσοκομείο ή παραδοσιακό θεραπευτή στις χώρες αυτές;

ΟΧΙ  ΝΑΙ

Αν ναι, πόσες μέρες πριν;

Περισσότερο από 21 ημέρες  Λιγότερο από 21 ημέρες

Για ποιά λόγο:.....

2.3. Παρευρεθήκατε σε κηδεία; ΟΧΙ  ΝΑΙ

Αν ναι, ήρθατε σε επαφή με το σώμα του νεκρού; ΟΧΙ  ΝΑΙ

Αν ναι, πόσες ημέρες πριν;

Περισσότερο από 21 ημέρες  Λιγότερο από 21 ημέρες

### 3. ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 48 ΩΡΕΣ ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΟΠΩΣ:

3.1 Πυρετό  Μυαλγία  Πονοκέφαλο  Εμετό  Διάρροια  Πόνος στην κοιλιά  Αιμορραγίες

Η παρούσα κάρτα στοχεύει στη συλλογή πληροφορίας από επιβάτες που εισέρχονται στην Ελλάδα σχετικά με πιθανή επαφή ή συμπτώματα που σχετίζονται με τον ιό Ebola. Τα δεδομένα της παρούσας φόρμας είναι εμπιστευτικά και τίθενται υπό τη νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων και δεν πρόκειται να δοθούν στις μεταναστευτικές αρχές.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι ανωτέρω πληροφορίες είναι αληθείς και ακριβείς. Αντιλαμβάνομαι ότι η παράλειψη, απόκρυψη ή παροχή ψευδούς πληροφορίας μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη Δημόσια Υγεία.

Υπογραφή: .....

## FICHE DE VOYAGEUR ARRIVANT EN GRECE

(Déclaration obligatoire en vertu du décret ministériel 39/Gov .Gazette 1002/2.4.2012)

DATE (DD/MM/YYYY)

### INFORMATIONS PERSONELLES

Nom: ..... Prénom: .....

Sexe: masculin  féminin  Date de naissance: ...../...../.....

Comment êtes-vous arrivé en Grèce?

par avion  en bateau  autre moyen de transport (spécifier) .....

Nr du vol, / nom du vaisseau: .....

Numéro de passeport: .....

Numéro de téléphone: .....

Adresse de résidence en Grèce: .....

### 1. AVEZ-VOUS VOYAGE DANS UN PAYS CONSIDERE COMME A RISQUE?

1.1 Si OUI, quel pays?

Guinée  Libéria  Sierra Leone  Autre (spécifier)  NON

(Si NON, vous n'avez pas besoin de répondre au reste des questions)

1.2 Date de départ (du pays à risque) ...../...../.....

1.3 Pays / aéroports de transit: .....

1.4 Destination finale (ville, pays): .....

### 2. SI VOUS VENEZ DE GUINÉE, SIERRA LIONE OU LIBÉRIA

Pendant votre séjour avez-vous eu un contact direct avec une personne infectée?

2.1 Avec un patient qui a été infecté ou suspecté d'être infecté par le virus Ebola?

NON  OUI

si oui,

Dans un délai de 21 jours oui?  Dans un délai de 21 jours non?

2.2 Avez-vous été pris en charge dans un l'hôpital ou avez vous visité un hôpital?

NON  OUI

si oui,

Dans un délai de 21 jours oui?  Dans un délai de 21 jours non?

Pour quelle raison? .....

2.3 Avez vous assisté aux funérailles? NON  OUI

Avez-vous eu contact avec le corp du défunt? NON  OUI

Si oui?

Dans un délai de 21 jours oui?  Dans un délai de 21 jours non?

### 3. AVEZ-VOUS PRESENTE DES SYMPTOMES DERNIERES 48 HEURES:

3.1 Fièvre Douleurs musculaires Maux de tête Vomissement Diarrhée Douleurs abdominales Hémorragies

Cette carte vise à recueillir des informations sur des arrivant en Grèce au sujet des contacts ou des symptômes possibles associés avec une infection à virus d' Ebola. Les données présentées dans ce formulaire, sont confidentielles et placées sous la loi de protection des données. Elles ne seront pas accordées aux autorités de l'immigration.

Je certifie que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes. Je comprends que l'omission, la dissimulation ou la présentation de renseignements faux peuvent avoir des implications importantes pour la santé publique.

Signature: .....

## INCOMING PASSENGER CARD

(Mandatory statement under the Ministerial Decision 39a/Gov. Gazette 1002/B/2.4.2012)

DATE (DD/MM/YYYY) .....

### PERSONAL DETAILS

Family/surname: ..... Given name: .....

Gender: Male  Female  Date of birth: ...../...../.....

How did you enter Greece?

By airplane  by boat  Other (Please Specify) .....

Flight number / vessel name: .....

Passport number: .....

Telephone number: .....

Address you will be staying in Greece: .....

### 1. ARE YOU COMING FROM A COUNTRY OF WEST AFRICA?

1.1 YES, which one?

Guinea  Liberia  Sierra Leone  Other (Please Specify) ..... NO

(If NO, you do not need to answer the rest of the questions)

1.2 Date of departure (from the above countries) ...../...../.....

1.3 Country/airports of transit: .....

1.4 Final Destination (City/Country): .....

### 2. IF YOU ARE COMING FROM GUINEA, SIERRA LEONE OR LIBERIA

#### During your stay in that country

2.1 Did you come in contact with a patient who was infected or suspected to be infected by Ebola virus?

NO  YES

if yes,

more than 21 days ago  less than 21 days ago

2.2 Have you visited any hospital or traditional healer in the above countries?

NO  YES

if yes,

more than 21 days ago  less than 21 days ago

For what reason? .....

2.3 Have you attended any funeral? NO  YES

If yes, did you come in contact with the dead body? NO  YES

if yes,

more than 21 days ago  less than 21 days ago

### 3. IN THE LAST 48 HOURS DO YOU HAVE ANY SYMPTOMS SUCH AS:

3.1 Fever  Muscle ache  Headache  Vomiting  Diarrhoea  Abdominal pain  Bleeding

This card aims to collect information from passengers entering Greece about possible contact or symptoms associated with the Ebola virus. Data collected through this form will be treated confidentially in accordance with the legislation on personal data protection and will not be shared with immigration authorities.

I certify that the above information is true and accurate. I understand the omitting, concealing or providing false information may have significant public health implications.

Signature: .....



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ & ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕΕΛΠΝΟ)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



HELLENIC CENTER FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION

MINISTRY OF HEALTH



HELLENIC MINISTRY OF HEALTH

ΚΑΡΤΑ ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΕΠΙΒΑΤΗ

INCOMING PASSENGER CARD

FICHE DE VOYAGEUR ENTRANT