

REPUBLIQUE DU CONGO
REPUBLIC OF CONGO

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION, DE LA PROMOTION DE LA
FEMME ET DE L'INTEGRATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT
MINISTRY OF HEALTH, POPULATION, PROMOTION OF WOMEN AND
INTEGRATION OF WOMEN TO DEVELOPMENT
DIRECTION DEPARTEMENTALE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE
DEPARTMENT OF HEALTH CARE AND SERVICES
CENTRE D'HYGIENE GENERAL DE BRAZZAVILLE
HEALTH CARE DEPARTMENT OF BRAZZAVILLE

FICHE DE RENSEIGNEMENT SANITAIRE AUX POINTS D'ENTREE
HEALTH FORM AT ENTRIES

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTE DU PASSAGER
PERSONAL HEALTH FORM FOR PASSENGER

Avez-vous souffert des signes suivants au cours des dernières 24h : Have you suffered from the following signs in the last 24 hours :		Oui Yes	Non No
Fièvre /Fever			
Frissons /Chills			
Toux /Cough			
Difficultés à respirer/Breathing problems			
Rhume /Rheum			
Fatigue/Tiredness			
Mal de gorge/Sore throat			
Mal de tête/Headache			
Courbatures/Stiffness			
Au cours des 10 derniers jours, avez-vous été proche de quelqu'un qui souffrait du coronavirus ? During the last 10 days, have you been close to someone who suffered from coronavirus ?			
Veuillez citer les pays où vous avez séjourné au cours des 10 derniers jours : Please name the country where you stayed during the last 10 days :			
1/		3/	
2/		5/	
3/		6/	
4/			
Renseignements personnels sur le passager : Personal information about the passenger :		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Male Woman	
Noms et prenomms /Name and surname :			
Age :			
Adresse /Address :			
Tel :			
n° de vol /Flight n° :			
n° du siège occupé/Sit n° :			
Décision sanitaire/Health decision :			
1 : PEC et prélèvement à prendre <input type="checkbox"/>		2 :RAS <input type="checkbox"/>	
		3 : à suivre <input type="checkbox"/>	

REPUBLIQUE DU CONGO
REPUBLIC OF CONGO

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION, DE LA PROMOTION DE LA
FEMME ET DE L'INTEGRATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT
MINISTRY OF HEALTH, POPULATION, PROMOTION OF WOMEN AND
INTEGRATION OF WOMEN TO DEVELOPMENT
DIRECTION DEPARTEMENTALE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE
DEPARTMENT OF HEALTH CARE AND SERVICES
CENTRE D'HYGIENE GENERAL DE BRAZZAVILLE
HEALTH CARE DEPARTMENT OF BRAZZAVILLE

FICHE DE RENSEIGNEMENT SANITAIRE AUX POINTS D'ENTREE
HEALTH FORM AT ENTRIES

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTE DU PASSAGER
PERSONAL HEALTH FORM FOR PASSENGER

Avez-vous souffert des signes suivants au cours des dernières 24h : Have you suffered from the following signs in the last 24 hours :		Oui Yes	Non No
Fièvre /Fever			
Frissons /Chills			
Toux /Cough			
Difficultés à respirer/Breathing problems			
Rhume /Rheum			
Fatigue/Tiredness			
Mal de gorge/Sore throat			
Mal de tête/Headache			
Courbatures/Stiffness			
Au cours des 10 derniers jours, avez-vous été proche de quelqu'un qui souffrait du coronavirus ? During the last 10 days, have you been close to someone who suffered from coronavirus ?			
Veuillez citer les pays où vous avez séjourné au cours des 10 derniers jours : Please name the country where you stayed during the last 10 days :			
1/		3/	
2/		5/	
3/		6/	
4/			
Renseignements personnels sur le passager : Personal information about the passenger :		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Male Woman	
Noms et prenomms /Name and surname :			
Age :			
Adresse /Address :			
Tel :			
n° de vol /Flight n° :			
n° du siège occupé/Sit n° :			
Décision sanitaire/Health decision :			
1 : PEC et prélèvement à prendre <input type="checkbox"/>		2 :RAS <input type="checkbox"/>	
		3 : à suivre <input type="checkbox"/>	