

PERSONAL DATA AND TRAVEL HISTORY (complete all fields!):

Date:

Sex: M F

Name:

Marital name:

First name:

Passport number:

Birthdate:

Address during stay in Suriname:

Telephone number in Suriname:

Email address:

1. Which countries have you been to in the last 30 days and when?

Country	Period	Country	Period
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Have you traveled to / from a country with confirmed COVID-19 cases within the last 14 days?

Yes No

If yes, which country?

Country: Province: State:

3. Have you had contact with someone who was suspected or confirmed to be infected with COVID-19?

Yes No (If no, precede to question 5)

If yes, Name, address and telephone number of this person?

Name:

Address:

Telephone number:

4. When did you last have contact with a person suspected or confirmed of having COVID-19?

5. Have you had contact with a person with respiratory illness (cough, flu, cold or influenza) within the last 14 days?

Yes No

6. Have you had any of the following symptoms over the last 2 weeks (14 days)?

- Fever
- Cough
- Sore throat
- Runny nose
- Shortness of breath
- Headache
- Body aches
- Vomiting
- Diarrhea
- Loss of taste
- Loss of smell

7. Have you visited a healthcare facility where a patient with COVID-19 is being treated?

Yes No

8. Have you been in contact with anyone who has been in contact with a person diagnosed with COVID-19 or anyone who has recently traveled to an area where COVID-19 is confirmed?

Yes No

Undersigned hereby declared that information provided has been filled in truthfully:

Name:

Signature:

- Point of entry:**
- Johan Adolf Pengel Internationale Luchthaven
 - Luchthaven Zorg en Hoop
 - Jules Sedney Haven
- Anders:

Temperatuur:

Doel van dit formulier: Herkenning van potentiële COVID-19patiënten

Instructie:

U wordt als gezondheidsmedewerker gevraagd om de volgende checklist te doorlopen en aan te geven aan welke criteria de passagier voldoet.

Op volgende wijze invullen:

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking,

Namens de Minister van Volksgezondheid.

In te vullen door port health officer op plaats van casusbeoordeling:

Checklist:

Bij passagiers met onderstaande kenmerken moet u aan een infectie met 2019-nCoV denken:

- Koorts (ten minste 38 graden Celsius)

EN tenminste twee van de volgende respiratoire verschijnselen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoesten | <input type="checkbox"/> Neusverkoudheid | <input type="checkbox"/> Keelpijn |
| <input type="checkbox"/> Kortademigheid | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> Lichaamspijnen |
| <input type="checkbox"/> Braken | <input type="checkbox"/> Diarree | <input type="checkbox"/> Smaakverlies |
| <input type="checkbox"/> Reukverlies | | |

EN

- Die ontstaan zijn binnen 14 dagen na terugkomst een gebied waar actuele overdracht van het COVID-19 plaatsvindt*

OF

- Die ontstaan zijn binnen 14 dagen na onbeschermd contact met een patiënt met een bevestigde COVID-19 infectie.

Bij constatering van passagiers die voldoen aan het bovenstaande of eventuele vragen contact opnemen met het telefoonnummer 178

<u>PRIMAIRE RISICO CLASSIFICATIE</u>	<input type="checkbox"/> Laag risico	Niet geweest in hoog risicogebied EN vragen 2 t/m 8 met nee beantwoord
	<input type="checkbox"/> Hoog risico	Geweest in hoog risicogebied OF 1 of meerdere van bovenstaande vragen (2 t/m 8) met ja beantwoord

** Hoog risicogebied onderhevig aan aanpassing

FINALE RISICO ANALYSE

- LAAG RISICO** **HOOG RISICO**

Port Health officer:

Naam:

Handtekening: