



REPÚBLICA DE ANGOLA
 MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÈRE DE LA SANTÉ / MINISTRY OF HEALTH
 DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA / DIRECTION NATIONALE DE LA SANTÉ
 PUBLIQUE / NATIONAL DIRECTORATEB OF PUBLIC HEALTH

Ficha de controlo sanitário / Fiche de controlo sanitaire / Health control form

Ficha nº/Fiche nº / Form #: _____ (para uso oficial/pour usage officiel/for official use)

Nome completo/Nom compiet/Full name: _____

Idade/Âge/Age: _____ Sexo/Sexe/Sex: _____

Nacionalidade/Nationalité/Nationality: _____

Procedência (País e cidade)/Provenance (Pays et Ville)/ Coming from (Country and city): _____

Voo nº/ Vol nº/ Fligh #: _____

Lugar de residência (País e cidade) /Lieu de résidence (Pays et Ville) /Home residence (Country and city): _____

Número do Passaporte/Numéro de passeport /Passport #: _____

Data de entrada em Angola/Date d'entrée en Angola/Entry date in Angola ____/____/____

Países que visitou nos últimos 15 dias/Pays visités dans les derniers 15 jours/Countries visited in last 15 days: _____

Tem febre/Avez-vous la fièvre/Do you have fever: Sim/Oui/Yes _____ Não/Non/No _____

Tem sintomas de Gripe/Avez-vous des symptômes de grippe/Do you have any flu symptoms: Sim/Oui/Yes _____ Não/Non/No _____

Quais/Lesquels/Which: Tosse/Toux/Cough (), Rouquidão/Voie enrouée/Hoarseness (), Dificuldade respiratória/Difficultés respiratoires/Respiratory problems (), Dor de cabeça/Maux de tête/Headache (), Dores articulares/Douleurs aux articulations Joints pain(), Diarreia/Diarrhée/Diarrhoea (), Vômitos/Vomissements /Vomites(), Outros/Autres/Others().

Endereço em Angola/Adresse en Angola/Address in Angola: _____

Telefone/Téléphone en Angola/cellphone in Angola: Votre contact en Angola/Your Contact in Angola: _____

Em caso de doença contactar/En cas de maladie contacter/If you feel sick contact: Direcção Provincial de Luanda – telefone: **937 503 349** - Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica – telefone/fax; phone/fax: 222390485 – cellphone: – Correio electrónico: cpde@snet.co.ao

Assinatura/Signature _____ Date ____/____/____



REPÚBLICA DE ANGOLA
 MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÈRE DE LA SANTÉ / MINISTRY OF HEALTH
 DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA / DIRECTION NATIONALE DE LA SANTÉ
 PUBLIQUE / NATIONAL DIRECTORATEB OF PUBLIC HEALTH

Ficha de controlo sanitário / Fiche de controlo sanitaire / Health control form

Ficha nº/Fiche nº / Form #: _____ (para uso oficial/pour usage officiel/for official use)

Nome completo/Nom compiet/Full name: _____

Idade/Âge/Age: _____ Sexo/Sexe/Sex: _____

Nacionalidade/Nationalité/Nationality: _____

Procedência (País e cidade)/Provenance (Pays et Ville)/ Coming from (Country and city): _____

Voo nº/ Vol nº/ Fligh #: _____

Lugar de residência (País e cidade) /Lieu de résidence (Pays et Ville) /Home residence (Country and city): _____

Número do Passaporte/Numéro de passeport /Passport #: _____

Data de entrada em Angola/Date d'entrée en Angola/Entry date in Angola ____/____/____

Países que visitou nos últimos 15 dias/Pays visités dans les derniers 15 jours/Countries visited in last 15 days: _____

Tem febre/Avez-vous la fièvre/Do you have fever: Sim/Oui/Yes _____ Não/Non/No _____

Tem sintomas de Gripe/Avez-vous des symptômes de grippe/Do you have any flu symptoms: Sim/Oui/Yes _____ Não/Non/No _____

Quais/Lesquels/Which: Tosse/Toux/Cough (), Rouquidão/Voie enrouée/Hoarseness (), Dificuldade respiratória/Difficultés respiratoires/Respiratory problems (), Dor de cabeça/Maux de tête/Headache (), Dores articulares/Douleurs aux articulations Joints pain(), Diarreia/Diarrhée/Diarrhoea (), Vômitos/Vomissements /Vomites(), Outros/Autres/Others().

Endereço em Angola/Adresse en Angola/Address in Angola: _____

Telefone/Téléphone en Angola/cellphone in Angola: Votre contact en Angola/Your Contact in Angola: _____

Em caso de doença contactar/En cas de maladie contacter/If you feel sick contact: Direcção Provincial de Luanda – telefone: **937 503 349** - Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica – telefone/fax; phone/fax: 222390485 – cellphone: – Correio electrónico: cpde@snet.co.ao

Assinatura/Signature _____ Date ____/____/____