

شماره: ۱۲۰۱/م ب

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۰۴

به: رؤسای محترم شعب "هما" و مدیران محترم دفاتر خدمات مسافرت هوایی
موضوع: بروز رسانی مقررات سفر به کشور قطر در شرایط کنونی (حذف قرنطینه هتلی)

احتراماً پیرو اطلاع واصله از ریاست محترم "هما" در قطر در خصوص شرایط کنونی سفر به کشور قطر و پروتکل های بهداشتی این کشور در ارتباط با جلوگیری از گسترش ویروس کرونا (بیماری کووید-۱۹)، مسافران مقیم با شرایط ذیل می توانند به کشور قطر سفر نمایند. (این رویه جایگزین رویه ۱۱۷۶ میگردد)

۱. کفیل مسافران مقیم می بایست از طریق سایت <https://portal.www.gov.qa/> نسبت به دریافت اجازه ورود آنان اقدام نمایند. (تکمیل فرم الکترونیکی Exceptional Entry Permit to Qatar Service)
۲. نصب برنامه EHTERAZ بر روی گوشی همراه مسافران و تکمیل اطلاعات درخواستی
۳. تکمیل فرم اطلاعات پزشکی و فرم تعهد نامه پیوست توسط مسافر

مسافران جهت انجام سفر می بایست هر ۳ برکه فوق را (اجازه ورود توسط کفیل، اطلاعات پزشکی و تعهدنامه) به هنگام سفر به همراه داشته و به هنگام دریافت کارت پرواز به همکاران خدمات فرودگاهی ارائه نمایند. در صورت نقص در مدارک فوق از انجام سفر ممانعت به عمل آمده و بلیت با هزینه های مربوطه استرداد خواهد شد. از مسافران در بدو ورود تست PCR گرفته خواهد شد و پس از آن مسافران می بایست به مدت ۷ روز خود را در محل سکونت شخصی خود قرنطینه خانگی نمایند. همچنین ورود هرگونه بار دستی بصورت ترولی یا چرخدار به داخل کابین پروازی مجاز نبوده و مسافران صرفاً میتوانند فقط به تعداد یک کوله پشتی و یا یک ساک دستی جهت بار همراه به داخل کابین استفاده نمایند. استفاده از ماسک در طول پرواز و در فرودگاه ها الزامی می باشد.

محمد هادی صانعی

رئیس رویه ها و مقررات بازرگانی

نموذج التقييم الصحي للقادمين إلى دولة قطر HEALTH ASSESSMENT FORM FOR RETURNING TRAVELERS

Each passenger must complete this form before arrival to Qatar

يجب على كل مسافر تعبئة هذا النموذج قبل القدوم إلى دولة قطر

1. Passenger Demographics/Details:

أ. المعلومات الشخصية للمسافر:

Mobile No.: رقم الهاتف الجوال:	Date of Birth: (M/D/Y) اريخ الميلاد: الشهر / اليوم / السنة	Name: الاسم:
Passport No.: رقم جواز السفر:	QID No.: رقم البطاقة الشخصية القطرية:	Nationality: الجنسية:
Duration Abroad (Days): لمدة خارج دولة قطر (الأيام):	هل قمت بزيارة أو مررت بشكل مؤقت لأي بلد في الأيام السبعة الماضية؟ (اذكر جميعها) Did you visit/ transit any country in the past 7 days? (list all)	Port of Arrival: محطة الوصول:

2. Has the passenger Been Diagnosed with Any of the Following Conditions?

ب. هل تم تشخيص المسافر بأي من الحالات التالية؟

لا No	نعم Yes		لا No	نعم Yes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	End-stage renal failure (ESRD) or on dialysis الفشل الكلوي في مرحلته النهائية أو يخضع لجلسات غسيل الكلى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aged 55 years and above العمر 55 سنة وما فوق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnant female (any trimester) حامل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Had Organ or Bone marrow transplant زراعة أعضاء أو نخاع شوكي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nursing mothers with children aged 5-0 years أم مرضعة مع أطفال تتراوح أعمارهم بين 0-5 سنوات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension and on treatment ارتفاع ضغط الدم ويتلقى العلاج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persons with disabilities (dependent on others for their daily activities) شخص ذي إعاقة يعتمد على الآخرين للقيام بأنشطته اليومية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have conditions that require immune-suppressive treatment أي حالة تتطلب علاج مثبط للمناعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Children with disabilities and their mothers أطفال ذوي إعاقة وأمهاتهم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart failure or coronary artery disease فشل القلب أو مرض الشريان التاجي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy and on treatment الصرع ويخضع للعلاج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moderate to severe asthma الربو المتوسط إلى الشديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetic foot infections داء القدم السكري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer and on treatment السرطان ومن خضع للعلاج (العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deceased first degree relative in the last 10 days لديه قريب من الدرجة الأولى توفي في الأيام العشرة الأخيرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic liver disease (CLD) أمراض الكبد المزمنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental health problems on antipsychotic medications and whose condition is aggravated by staying in closed spaces مشاكل صحية نفسية مع تناول الأدوية المضادة للذهان والذين قد تتفاقم حالتهم بالبقاء في الأماكن المغلقة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower limb amputations بتر في الأطراف السفلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetic and on treatment السكري ويخضع للعلاج

إذا كانت الإجابة بـ «نعم» على أي من الحالات الطبية المذكورة أعلاه، وقام الشخص بالسفر مع أسرته أو مقدم الرعاية الصحية، أو مساعد الأسرة، أو السائق، يرجى تعبئة التفاصيل أدناه:

If the answer was 'Yes' to any of the above medical conditions, and the individual traveled together with his immediate family and/or health caregiver, household helper, driver, please complete their details below:

رقم الهاتف Phone#	رقم البطاقة الصحية Health Card#	رقم جواز السفر Passport#	رقم البطاقة الشخصية القطرية QID#	الاسم Name	العلاقة Relationship

Household Helper/s:

مقدمي الرعاية والمساعدة للأسرة:

رقم الهاتف Phone#	رقم البطاقة الصحية Health Card#	رقم جواز السفر Passport#	رقم البطاقة الشخصية القطرية QID#	الاسم Name	العلاقة Relationship

MEDICAL STAFF USE ONLY

لاستخدام الموظف الطبي فقط

Hotel Quarantine حجر فندقي

Home Quarantine حجر منزلي

Name:

الاسم:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ

In the case of Home Quarantine, the following rules should be adhered to:

في حال الحجر المنزلي، يجب التقيد والتحقق من التالي:

1. Have suitable housing conditions with the availability of their own room and linked bathroom. 1. توافر ظروف السكن المناسبة للحجر المنزلي من حيث توافر غرفة ملحقة بدورة مياه خاصة بها.
2. Sign an undertaking to abide by the rules of home-based quarantine. 2. التوقيع على تعهد بالالتزام بقواعد الحجر الصحي المنزلي.
3. Watch a short video onboard before landing and review the pamphlet on Home Quarantine. 3. مشاهدة فيديو قصير على متن الطائرة وقراءة الكتيب الخاص بالحجر الصحي المنزلي.
4. Follow the preventive measures at home to protect others. 4. الالتزام بالتدابير الوقائية في المنزل لحماية الآخرين.
5. Have a swab taken on day 6 of arrival at one of the PHCC Health Care Centers. 5. إجراء الفحص في اليوم السادس من العودة من خلال زيارة أحد المراكز الصحية التابعة لمؤسسة الرعاية الصحية الأولية.
6. Must answer the phone calls from the public health team. 6. الرد على المكالمات الهاتفية اليومية مع فريق الصحة العامة.
7. Agree to receive a visit from the public health team every 2-3 days. 7. الموافقة على تلقي زيارة أو مكالمة من فريق الصحة العامة كل 2-3 أيام.
8. Must inform the public health team if any symptoms developed (fever, cough, body aches, change in taste, or smell). 8. التواصل مع فريق الصحة العامة في حال ظهور أعراض الحمى، السعال، آلام في الجسم، تغير في حاسة التذوق أو الشم.
9. Must download the Ehteraz app. 9. تحميل تطبيق اhtراز.
10. Should not receive visitors while under home quarantine. 10. الامتناع عن استقبال الزوار خلال فترة الحجر الصحي.

إقرار وتعهد بالالتزام بإجراءات الحجر الصحي المنزلي

أتعهد أنا / الاسم: الرقم الشخصي:
الجنسية: يبدأ الحجر الصحي من تاريخ: الساعة:
الى تاريخ: الساعة:

بالالتزام بالأوامر واللوائح الصادرة من وزارة الصحة العامة لمدة الحجر الصحي المنزلي أعلاه. وفق الاجراءات المتبعة من السلطات المختصة وذلك وفقا لمرسومه بقانون رقم ١٧ لسنة ١٩٩٠ بشأن الوقاية من الأمراض المعدية. التعهدات:

١. أتعهد بالبقاء في المنزل والالتزام بتخصيص غرفة وحمام خاص ومنفصل عن الاخرين. واتعهد بعدم مخالطة باقي أفراد الأسرة أو استقبال الضيوف او الذهاب لاي تجمعات اجتماعية او اماكن عامة اطلاقا طوال مدة الحجر ولأي سببا كان.
 ٢. اتعهد كذلك بالاكل منفردا مع نظافة ادوات الاكل الحمام بنفسي بشكل منفصل
 ٣. أتعهد بالالتزام بنظافة اليد وارتداء الكمامة الجراحية عند مخالطة الغير.
 ٤. وأقر بموافقتي على استقبال الاتصالات الهاتفية و الزيارات المفاجئة بواسطة السلطات الصحية للكشف عن الأعراض ومدى التقييد بمعايير العزل المنزلي وأتعهد بالسماح للطاقم الطبي بزيارتي في المنزل لإجراء الكشف الطبي وقياس العلامات الحيوية. ،
 ٥. كما اتعهد بالإبلاغ الفوري عند الشعور بأعراض الحمى أو السعال أو ضيق التنفس في خلال الأسبوعين القادمين لإدارة حماية الصحة ومكافحة الأمراض الانتقالية بوزارة الصحة العامة على رقم الخط الساخن: ١٦٠٠٠. وذلك للحد من انتشار الامراض الانتقالية في دولة قطر وتقديم المصلحة العامة لحماية المجتمع من الأمراض أو الأوبئة خاصة وأنتي قادم من دولة انتشر فيها حالات مرض كورونا المستجد.
- ملاحظة هامة:** انا على علم بأن هذه الإجراءات واجبة التطبيق وذلك حماية لي ولغيري وأنه في حال عدم التزامي بتلك الاجراءات وفقا لمواد القانون المذكور سأعرض نفسي للعقوبات والمسائلة القانونية وهذا إقرار مني بالالتزام، كما أقر بأن المعلومات التي اعطيها صحيحة.

وهذا أقرار مني بذلك،،،

الاسم: Name:

رقم الهاتف الارضي: Landline number: رقم الهاتف الجوال: Mobile number:

بيانات عنواني: رقم المنطقة My address data: Area number.....

رقم الشارع رقم المبنى Building number Street number

التوقيع: التاريخ: Date: Signature:

اسم الموظف المسؤول التوقيع:
Name of the responsible employee Signature:

ACKNOWLEDGMENT AND COMMITMENT TO COMPLY WITH THE HOME QUARANTINE PROCEDURES

I undertake / Name: QID: Nationality
..... The home quarantine begins from the Date:
Time: to the Date: Time:.....

To comply with the orders and regulations issued by the Ministry of Public Health from the duration of the home quarantine above. In accordance with the procedures followed by the competent authorities, in accordance with Decree-Law No. 17 of 1990 on the prevention of infectious diseases. Pledges:-

1. I pledge to stay at home and commit to allocating a room and a private bathroom separate from others. I pledge not to mix with the rest of the family, receive guests or go to any social gatherings or public places at all for the duration of the quarantine and for any reason.
2. I also undertake to eat separately, and clean my dishes and bathroom toiletries equipment separately.
3. I pledge to adhere to hand hygiene and wear surgical masks when communicating others.
4. I acknowledge that I agree to receive phone calls and sudden visits by health authorities to reveal symptoms and the extent to which they adhere to the criteria for home quarantine, and I pledge to allow medical personnel to visit me at home to conduct a medical examination and measure vital signs.
5. I also pledge to report immediately when symptoms of fever, coughing or shortness of breath are felt within the next two weeks for the Department of Health Protection and Communicable Disease Control at the Ministry of Public Health on the hotline number: 16000.

And to reduce the spread of transitional diseases in the State of Qatar and to provide the public interest to protect society from diseases and epidemics, especially as I come from a country where cases of emerging Corona disease have reported.

Important note: I am aware that these procedures are applicable in order to protect me and others, and that if I do not adhere to these procedures according to the articles of the aforementioned law, I will present myself to penalties and legal accountability, and this is my acknowledgment of the obligation, and I acknowledge that the information I have provided is correct.

This is an acknowledgment from me...

Name:.....

Landline phone number: Mobile phone number

My address data: Area number Street number Building number.

Signature:..... Date:.....

Name of the responsible employee Signature: