



UNION DES COMORES
Unité – Solidarité – Développement

Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la
Protection Sociale et de la Promotion du Genre

Direction Générale de la Santé
Direction de la Lutte Contre la Maladie



Date (Date).....
Heure (Hour).....

FICHE SANITAIRE DU VOYAGEUR (SANITARY TRAVELLER FORM) N°

Voyage International (international travel) National (National travel)

I. IDENTITE DU VOYAGEUR (TRAVELLER IDENTITY)

Prénom (First Name):
Nom (Family Name):
Post Nom (Middle Name):
Sexe (Sex):
Lieu et Date de Naissance (Place and date of birth) :
N° Passeport ou Carte d'Identité (passport Number or Identity card) :

Adresse aux Comores (Comoros Address) :

N° Tel (Tel Number) :

II. INFORMATION SUR LE VOYAGE (TRAVELLER HEALTH INFORMATION)

Moyen (s) de transport (Transport Mode) Avion (Air) N° de vol (Flight number) : Navire/Bateau(s)
Lieu de provenance (Territoire/Ville/Pays)(Place of origin)
(County/City/Country) :
Lieu (x) de séjour et/ou transit durant les derniers 14 jours : (Location (s) of residence and/or transit during the past 14 days).....

III. INFORMATION SUR L'ETAT DE SANTE DU VOYAGEUR (TRAVELLER HEALTH INFORMATION)

Durant les 2 dernières semaines (during the last 2 weeks) :

1. Avez-vous présenté l'un des symptômes ci-après (have you had any of the following symptoms) :

▪ Fièvre (fever).....	OUI(YES) <input type="checkbox"/>	NON(NO) <input type="checkbox"/>
▪ Toux/Rhume(cough/cold)	OUI(YES) <input type="checkbox"/>	NON(NO) <input type="checkbox"/>
▪ Fatigue intense (intense fatigue).....	OUI(YES) <input type="checkbox"/>	NON(NO) <input type="checkbox"/>
▪ Douleurs thoracique (chest pain).....	OUI(YES) <input type="checkbox"/>	NON(NO) <input type="checkbox"/>
▪ Difficulté à respirer (breathing difficulty).....	OUI(YES) <input type="checkbox"/>	NON(NO) <input type="checkbox"/>
▪ Ecoulement nasal (runny nose).....	OUI(YES) <input type="checkbox"/>	NON(NO) <input type="checkbox"/>

2. Voyageur résident ou ayant séjourné au Moyen- orient, ou dans des pays où l'on sait que le MERS-CoV circule)

OUI (YES) <input type="checkbox"/>	NON (NO) <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------

***A Remplir par l'Officier Sanitaire (to be completed By the Health Officer)**

- 1) T° à l'arrivée(T° on arrival) T° au Départ (T° on Departure)
- 2) Rhume/Toux(cold/cough) OUI(YES) NON(NO)
- 3) Muni du PCR OUI(YES) NON(NO)
- 4) Decisions de l'Officier Sanitaire : (Decision of the health Officer)

**L'autorité Sanitaire Competente (The Competent Health Officer)
Telephone**