



მგზავრების თვითგამოკითხვის კითხვარი

ფორმის შევსების თარიღი [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][_Y_][_Y_]

სექცია 1: დემოგრაფიული მონაცემები

სახელი, გვარი _____ პირადი/პასპორტი _____

ნომერი _____

ტელეფონის ნომერი საქართველოში: _____

დაბადების თარიღი: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][_Y_][_Y_]

სქესი: მამრ მდედრ

საქართველო

ფაქტიური საცხოვრებელი ადგილი: _____

იურიდიული საცხოვრებელი ადგილი: _____

ადმინისტრაციული დონე (რეგიონი): _____

ადმინისტრაციული დონე (რაიონი): _____

ქვეყანა, სადაც იმყოფებით:

ფაქტიური საცხოვრებელი ადგილი: _____

ადმინისტრაციული დონე (პროვინცია): _____

საქმიანობა:

- სტუდენტი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი
- ცხოველებთან მომუშავე ჯანდაცვის ლაბორატორიის თანამშრომელი

სხვა: _____

სექცია 2: მოგზაურობის შესახებ ინფორმაცია

- გამომგზავრებამდე 14 დღის განმავლობაში იმოგზაურეთ სადმე?

არა დიახ უცნობია თუ დიახ, დააკონკრეტეთ ადგილი:

ქვეყანა	ქალაქი	თარიღი
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- როდის დატოვეთ თქვენი საცხოვრებელი ადგილი აღნიშნულ ქვეყანაში?

თარიღი: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][_Y_][_Y_]

- როდის ჩახვედით აღნიშნულ ქვეყანაში? თარიღი: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][_Y_][_Y_]

- რა სახის სატრანსპორტო საშუალება გამოიყენეთ აღნიშნულ ქვეყანამდე მგზავრობისას (მონიშნეთ ყველა გამოყენებული ტრანსპორტი)?

- თვითმფრინავი
- მატარებელი
- ავტობუსი
- მეტრო
- ტაქსი
- საკუთარი ავტომობილი
- სხვა: _____

- რამდენი დღე დაჰყავით აღნიშნულ ქვეყანაში? ___
- ბოლოს როდის გაიარეთ სკრინინგი?

- <24 საათი
- 24-48 სთ
- 48-72 სთ
- >72 სთ

- გამომგზავრებამდე ბოლოს რამდენი ხნით ადრე იყავით საზოგადო თავშეყრის ადგილას?

- <24 საათი
- 24-48 სთ
- 48-72 სთ
- >72 სთ

- იმყოფებოდით თუ არა კარანტინში/თვითიზოლაციაში?

არა დიახ (თუ დიახ, მიუთითეთ პერიოდი) [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][[_Y_][_Y_]- დან
 [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][[_Y_][_Y_]- მდე

- გქონდათ თუ არა 2020 წლის 10 იანვრიდან შემდეგი სიმპტომები?

- ცხელება
- ხველა
- სუნთქვის გაძნელება
- დიარეა

- იმყოფებოდით თუ არა ნებისმიერ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში, აღნიშნულ ქვეყანაში 2020 წლის 10 იანვრიდან?

არა დიახ (თუ დიახ, მიუთითეთ მიზეზი)

თარიღი: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][[_Y_][_Y_]

დამატებითი ინფორმაცია:

www.moh.gov.ge

ცხელი ხაზი: 1505

www.ncdc.ge

ცხელი ხაზი: 116001

