



På sida 3 - 4 hittar du en vägledning hur du fyller i formuläret.

Ministry of Health

MPOX SELF DECLARATION TOOL FOR POINTS OF ENTRY

Purpose of this form:

This form is intended to support public health authorities by allowing arriving travellers to easily provide relevant information pertaining to their health status, particularly with regard to Mpox. Notwithstanding completion of this form, travellers might be subjected to additional health screening by the Public Health Authority as part of a multi-layer prevention approach. The information is intended to be held in accordance with applicable national laws and used only for public health purposes.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

YES = JA
NO = NEJ

Names: _____ 1.

Age: _____ 2. Sex: _____ 3. Nationality: _____ 4. Occupation: _____ 5.

Country of departure: _____ 6. Date of departure: _____ 7. / _____ Flight/Car Reg No: _____ 8.

Postal address in Botswana: City/Village: _____ 9. Physical address: _____ 10.

Contact information: _____ 11. Email: _____ 12.

Next of kin: _____ 13. Contact number: _____ 14.

SYMPTOMS ASSESMENT

Do you have the following symptoms?

	JA	NEJ	
15. Rash	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Temp: _____ 26.
16. Fever	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
17. Chills	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
18. Sore throat	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
19. Headache	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
20. Muscle aches	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
21. Back pain	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
22. Low energy or exhaustion	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
23. Swollen lymph nodes	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
24. Gastrointestinal symptoms	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
25. Respiratory symptoms	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

EXPOSURE HISTORY**27. Travel History**

Have you been to or passed through countries affected by Mpox Epidemic during the last three weeks

(21 days)? Yes No

Yes: if yes where? _____

28. Contact with Infected Individuals

Have you had close contact with anyone diagnosed with or suspected of having Mpox?

Yes No

If yes, describe the nature of contact _____ Date of contact _____

29. Contact with Animals

Have you had close contact with animals, especially rodents or primates, recently??

Yes No

If yes, describe the nature of contact _____ Date of contact _____

30. Community Exposure

Have you participated in any gatherings or events where Mpox cases were reported?

Yes No

If yes, describe the nature of the event & location _____ Date of contact _____

Botswana Public Health Act compels all individuals suspected of infectious diseases to be screened.

Date in which the form was filled: _____

Name of officer and Signature: _____

Vägledning

1. Skriv ditt fulla namn
2. Din ålder
3. Kön (Male = Man / Female = Kvinna)
4. Din Nationalitet
5. Sysselsättning
6. Ditt avreseland Skriv: Zimbabwe
7. Ditt avresedatum
8. Flygnr./ Bil reg. / Bus: Skriv BUS
9. Postnummer, stad
10. Adressen i Botswana
11. Skriv: Albatros Africa
12. Skriv: tours@albatros.co.za
13. Närmast anhörig - Navn
14. Telefonnummer till närmast anhörig

Ja eller Nej frågor (Kryssa i)

15. Utslag
16. Feber
17. Frossa
18. Ont i halsen
19. Huvudvärk
20. Muskelsmärter
21. Ryggsmärter
22. Låg energi eller utmattning
23. Svullna lymfkörtlar
24. Mag eller tarmsymptom
25. Respiratoriska symptom
26. Din temperatur

27. Resehistorik

Har du varit i eller passerat genom länder påverkat av Mpox-epidemin inom de senaste 3 veckorna. (21 dagar) Ja eller Nej
Om Ja, var?

28. Kontakt med smittade personer

Har du haft nära kontakt med någon, som är diagnosticerad med eller finns misstänkt för att ha Mpox? Ja eller Nej
Om Ja, hur har du haft kontakt med personen och när?
(datum för mötet)

29. Kontakt med djur

Har du haft nära kontakt med djur, speciellt gnagare eller primater nyligen?

Om Ja, hur har du haft kontakt med djuret och när?
(datum för mötet)

30. Sammankomster

Har du deltagit i några sammankomster, där Mpox-sjukdom blev rapporterat?

Om Ja, beskriv sammankomsten, platsen och datumet för sammankomsten.