インフルエンザ A(H1N1)

新型H1N1インフルエンザはウィルスによって呼吸器を中に人から人へと移る感染症であり、主に咳、くしゃみまたは感染している呼吸器系分泌物（鼻汁・痰など）を含んだ人から感染しやすい。いろんな国での新型H1N1インフルエンザが判明したケースから保健省はおすすめします：

新型H1N1インフルエンザが確認されている国からの旅行者へ：

新型H1N1インフルエンザが確認されている国から帰国して10日間、咳症状、または喉の痛みとともに急な発熱が続いた場合：

● 最寄りの保健所に相談し、感染地域に渡航していた旨を医師にお知らせください。

新型H1N1インフルエンザが確認されている国へ出発する旅行者へ

新型H1N1インフルエンザの感染が確認されている国での滞在中、きちんと地元の保健当局の勧告に従い、主にマスクの着用を心がけてください。

もっと詳しい情報は、下記のアドレスをアクセスください

World Health Organization (英語)
http://www.who.int/crs/disease/swineflu/en/index.html

Pan American Health Organization (スペイン語)
http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es

インフルエンザ予防方法

その他インフォーメーション(ポルトガル語)

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS | Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde | BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
HEALTH TRAVELLER DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

Junho/2009

1. Meio de transporte / Means of transportation / Medio de transporte:
☐ Aeronave / Airplane / Aéreo ☐ Embarcação / Ship / Embarcación ☐ Terrestre / Vehicle / Terrestre

Local de entrada / Place of arrival / Lugar de entrada:	Data de chegada / Arrival date / Fecha ingreso:
2. Empresa: N° do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - Land vehicle / Empresa: N° vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:	Assento - Camarote / Seat - Cabin / Asiento - Cabina:
3. Nome completo / Full name / Nombre completo:	Data nascimento / Birth date / Fecha nasc.:
N° do passaporte ou C. de Identidade e país emissor: Passport number or Identity Card and issuing country: N° de pasaporte o Cédula de Identidad y país emisor:	Sexo / Sex / Sexo: ☐ M ☐ F

4. Países e locais por onde circulou nos últimos 14 dias / Country and places where you have been in the last 14 days / Países y ciudades por donde circuló en los últimos 14 días:

5. Destino - Conexões - Escalas previstas / Destination - Scheduled connection - Place of call / Destino - Conexiones - Escalas previstas:

Empresa: N° do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - Land vehicle / Empresa: N° vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:	Data / Date / Fecha:

6. Sinais e sintomas observados nos últimos 10 dias / Signs and symptoms observed in the last 10 days / Señales y síntomas observados en los últimos 10 días:

☐ Febre / Fever / Fiebre
☐ Dificuldade de respirar / Breath difficulty / Dificultad para respirar
☐ Vômito / Vomit / Vómito
☐ Dor de cabeça / Headache / Dolor de cabeza
☐ Dores musculares / Muscular pain / Dolor muscular (anormal)
☐ Pele ou olhos amarelos / Jaundice / Piel u ojos amarillos
☐ Tosse / Cough / Tos
☐ Diarreia / Diarrhea / Diarrea
☐ Erupções da pele / Rash / Erupciones en la piel
☐ Sangramento anormal / Haemorrhage / Sangrado
☐ Nenhum / None / Ninguno

7. Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias / Address(es) where you can be found in the next 14 days / Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días:

Cidade(s) / City(ies) / Ciudad(es):	Estado(s) / State(s) / Provincia - Depto - Region:	País(es) / Country(ies) / País(es):
E-mail / Correo electrónico:	Telefone / Phone / Teléfono:	
8. Pessoa de contato / Contact person / Persona de contacto Nome completo / Full name / Nombre completo:	Cidade(s) / City(ies) / Ciudad(es):	
País / Country / País:	Telefone / Phone / Teléfono:	
9. Assinatura do viajante / Traveller's signature / Firma del viajero:	Data / Date / Fecha:	

USO OFICIAL / OFFICIAL USE / USO OFICIAL

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
TRAVELLER'S HEALTH DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

10. Data / Date / Fecha:
Nome completo / Full name / Nombre completo:
Empresa: N° voo / Embarcação / Veículo terrestre:
Company: Flight nr. / Ship name / Land vehicle:
Empresa: N° de vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:

Outras informações:

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS | Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde | BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL