



Pakistan Civil Aviation Authority

**SECONDARY EXIT SCREENING FORM FOR SUSPECTED TRAVELLERS TO
INTERNATIONAL FLIGHTS AT AIRPORTS**

**PLEASE FILL IN COMPLETE FORM, FALSE INFORMATION OF INTENT WILL BE FOLLOWED
WITH LEGAL CONSEQUENCES**

Name _____ Sex: Male Female

Date of Birth _____ Nationality/Region _____

Passport No. _____ Destination _____

Flight No. _____ Seat No. _____

1. Destination Country _____ 2. Flight No. _____

3. Please describe the countries and cities (towns) where you stayed within the last
14 days? _____

4. Have you had contact with COVID-19 patients / person with Dry Cough,
Temperature and/Difficulty in breathing within the last 14 days? Yes / No

5. If you have the symptoms and diseases, please mark with "√" in the corresponding

Fever Cough Sore throat Headache Fatigue

Diarrhea Vomiting Runny nose Breath Difficulty

Other Symptoms _____

I declare that all the information given in this form is true and correct.

Signature of passenger _____ Date: _____

GENERAL PHYSICAL EXAMINATION BY MEDICAL OFFICER

SYSTEMIC EXAMINATION BY MEDICAL OFFICER

| | |
|----------------------|------------------------|
| FIT TO TRAVEL | UNFIT TO TRAVEL |
|----------------------|------------------------|

Health Authority

(Signature and Seal)

Dated: _____

ضمیمہ اے

پاکستان سول ایوی ایشن اتھارٹی

ایئر پورٹس پر بین الاقوامی پروازوں کے لئے مشتبہ مسافروں کی ثانوی اخراج کا اسکریمنگ فارم
برائے کرم مکمل فارم پر کریں، قصداً غلط معلومات فراہم کرنے پر قانونی کارروائی کی جائے گی۔

نام _____ جنس: مرد عورت
تاریخ پیدائش _____ قومیت / خطہ _____
پاسپورٹ نمبر _____ منزل مقصود _____
فلائٹ نمبر _____ سیٹ نمبر _____
1- منزل / ملک _____ 2. فلائٹ نمبر _____

3- برائے کرم ان ممالک اور شہروں (قصبوں) کی وضاحت کریں جہاں آپ گزشتہ 14 دن کے اندر مقیم تھے؟

4- کیا آپ گزشتہ 14 دن کے دوران میں COVID-19 کے مریض / خشک کھانسی، بخار اور / یا سانس کی تکلیف میں مبتلا شخص سے
ملے ہیں؟ ہاں / نہیں

5- اگر آپ ان علامات یا بیماریوں سے متاثر ہیں، برائے کرم مندرجہ ذیل میں ✓ نشان لگائیں

بخار کھانسی گلے کی سوزش سردی
 تھکاوٹ اسہال قے ناک بہنا
 سانس لینے میں دشواری دیگر علامات _____

میں اقرار کرتا ہوں کہ فارم میں دی گئی تمام معلومات سچ اور درست ہیں۔

مسافر کے دستخط _____ تاریخ _____

میڈیکل آفسر کی جانب سے میں عمومی جسمانی معائنہ

میڈیکل آفسر کی جانب سے باقاعدہ معائنہ

| | |
|-------------|---------------|
| سفر کے قابل | سفر کے ناقابل |
|-------------|---------------|

ہیلتھ اتھارٹی

(دستخط اور مہر)

تاریخ _____