



International
Civil Aviation
Organization

Organisation
de l'aviation civile
internationale

Organización
de Aviación Civil
Internacional

Международная
организация
гражданской
авиации

منظمة الطيران
المدني الدولي

国际民用
航空组织

Тел.: +1 514-954-8219 доб. 6141

Ref.: ЕС 6/3 - 20/90

1 сентября 2020 года

Содержание: внедрение самодекларации пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения

Требуемые действия: а) приступить к сбору стандартизированных данных в форме самодекларации пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения в бумажном или цифровом формате начиная с 7 сентября 2020 года; б) уведомить ИКАО о внедрении самодекларации пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения

Имею честь сообщить, что Международная организация гражданской авиации в сотрудничестве с экспертами Механизма сотрудничества в гражданской авиации по предотвращению и преодолению угроз для здоровья населения (CAPSCA) и заинтересованными сторонами отрасли разработала форму "Самодекларация пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения".

Эта форма предназначена для оказания поддержки государствам-членам, которые в настоящее время предпринимают усилия по безопасному и осторожному открытию границ для международных авиаперелетов, что особенно актуально в условиях недоступности автоматизированных процессов, позволяющих внедрять меры по наблюдению за здоровьем населения.

Представленную в дополнении форму "Самодекларация пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения" следует применять в качестве дополнения к форме представления информации о местонахождении пассажира в целях здравоохранения (PLF), формат которой определен в добавлении 13 Приложения 9 ИКАО "Упрощение формальностей" к Конвенции о международной гражданской авиации и которую рекомендуется систематически использовать для отслеживания контактов в условиях вспышек заболеваний, таких как пандемия COVID-19.

Данная форма была разработана с целью включения в нее стандартизированного набора данных, позволяющих органам здравоохранения получить всю необходимую информацию в контексте вспышки COVID-19. Предлагается разместить текст этой декларации о состоянии здоровья на оборотной стороне существующего PLF для заполнения одним взрослым членом пассажирской или туристической группы.

В качестве незамедлительной меры, способствующей безопасному открытию международных границ, государствам предлагается приступить к сбору стандартизированных данных в форме самодекларации пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения в бумажном или цифровом формате начиная с 7 сентября 2020 года.

Государствам настоятельно рекомендуется приступить к сбору стандартизированных данных с помощью данной формы в цифровом формате и с применением любых подходящих средств, позволяющих осуществлять этот процесс в более сложных условиях и упрощать обработку данных и управление ими.

Государствам также предлагается уведомить ИКАО о внедрении самостоятельной декларации пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения через г-на Нарджесса Абденнеби (Narjess Abdennebi), руководителя Секции упрощения формальностей ИКАО, по электронной почте fal@icao.int с копией в адрес icaohq@icao.int или по факсу: +1 (514) 954-6077.

Примите мои заверения в самом высоком уважении.

Фан Лю
Генеральный секретарь

Вложение: форма "Самодекларация пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения"

ДОПОЛНЕНИЕ к письму государствам ЕС 6/3 - 20/90

**ФОРМА САМОДЕКЛАРАЦИИ Пассажира о состоянии здоровья в
связи с COVID-19 для целей здравоохранения**

Предложение – декларация о состоянии здоровья для размещения на оборотной стороне существующей формы PLF.

ФОРМА САМОДЕКЛАРАЦИИ Пассажира о состоянии здоровья в связи с COVID-19 для целей здравоохранения	
Цель данной формы: Данная форма предназначена для поддержки органов здравоохранения, позволяя прибывающим пассажирам легко предоставлять соответствующую информацию, касающуюся их состояния здоровья, особенно в отношении COVID-19. Информация указывается взрослым членом пассажирской или туристической группы. Несмотря на заполнение данной формы, пассажир может быть направлен на прохождение дополнительного медицинского осмотра органами здравоохранения в рамках многоуровневого профилактического подхода. Ваша информация предназначена для хранения в соответствии с применимыми национальными законами и использования только в целях общественного здравоохранения.	
1) Информация о пассажире:	
Имя(ена):	<input type="text"/>
Фамилия(и):	<input type="text"/>
Дата рождения (дд/мм/гггг):	<input type="text"/>
Номер проездного документа и страна выдачи:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Страна проживания:	<input type="text"/>
Порт отправления:	<input type="text"/>
2) В течение последних 14 дней находились ли вы или член вашей группы, путешествующий с вами, в близком контакте (личный контакт в течение более 15 минут или непосредственный физический контакт) с каким-либо лицом, имевшим симптомы, которые могут свидетельствовать о наличии у него COVID-19? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
3) Наблюдались ли у вас или у кого-либо из членов вашей группы, путешествующего с вами, какие-либо из нижеперечисленных симптомов в течение последних 14 дней: Повышенная температура Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Одышка Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Кашель Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Внезапная потеря вкуса или обоняния Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
4) Были ли у вас или у кого-либо из членов вашей группы, путешествующих с вами, положительные результаты теста на COVID-19 за последние 3 дня? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Просьба приложить отчет, если имеется	
5) Укажите все страны и города, которые вы и ваша группа, путешествующая с вами, посетили или через которые вы следовали транзитом за последние 14 дней (включая аэропорты и порты), указав даты пребывания в них. Начните со страны, которую вы посещали последней: _____ _____	
<i>Для получения дополнительной информации об ответственности за предоставление ложной информации в данной форме обратитесь к действующему национальному законодательству и/или к местным органам здравоохранения.</i>	
Подпись:	
Дата:	