



HAITI

Known measures adopted following the A (H1N1) Flu outbreak

Updated 08-May-2009 08:54 CET

	Available Information	Information Validation
FACILITATION		
Concerns	Passengers on International flights to Haiti	Official Source: Ministère de la Santé Publique et de la Population
Measure	Passengers to complete form – see attachment	
TRAVEL ADIVSORIES	n/a	
OPERATIONS		
Flights affected	n/a	
Measures	n/a	

Airlines are advised to refer travellers to IATA Travel Centre: <http://www.iatatravelcentre.com/> for the latest information regarding immigration restrictions and regulations.



AUTORITE AEROPORTUAIRE NATIONALE

P.B. 1792 Port-au-Prince, Haïti. Tels.: 246-4105 / 246-4106 / 249-0382 / 246-0361 Fax: (509) 246-5866

Réf. DG/CIR/269/08-09

CIRCULAIRE AUX LIGNES AERIENNES OPERANT EN HAITI

L'Autorité Aéroportuaire Nationale (AAN) informe les lignes aériennes opérant des vols internationaux en Haïti, que le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) fait obligation à tout voyageur de remplir le formulaire préparé, par la Direction de Promotion de la Santé et de la Protection de l'Environnement, dans le cadre des mesures visant à prévenir les risques de contamination par le virus H1N1, transmetteur de la Grippe Porcine.

Il est joint à la présente, la copie de la circulaire du MSPP et celle du formulaire.

Port-au-Prince, le Lundi 4 mai 2009.





RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
 ET DE LA POPULATION

No. _____

Port-au-Prince, le _____

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PROTECTION DE
L'ENVIRONNEMENT
GRIPPE PORCINE

NOM & PRENOM : _____

AGE : _____ SEXE : _____ TRANSPORTEUR : Avion -----Bateau

Nom Port ou

Aéroport : _____

Pays de Résidence : _____

Provenance : _____

Pays visité au cours des deux dernières semaines : 1- _____

2- _____ 3- _____

Notion de contact : Oui Non

Adresse en

Haïti : _____

Rue : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Email : _____

Si Hôtel, nom et

adresse : _____

Avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants ?

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Fièvre : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Frisson : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Sensation de malaise : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. Céphalée (maux de tête) : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Douleurs musculaires : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 6. Vertiges : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 7. Toux : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8. Difficulté lors de la respiration | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Autres | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Avril 2009

DPSPE/001

