

【特别重要通知】

【咽拭子检测机构】St. Luke's Medical Center Global City [MAIN ENTRANCE -正门]

【地址】Rizal Drive corner 32nd Street. and 5th Avenue Taguig

(<https://goo.gl/maps/MxUunPF6bQxuYFzf8>)

【马尼拉联系人】Love1y

【联系电话】：09175477843

重要提示*检测时间

检测日期	检测时间	航班日期	航班
9月5 (周6)	0700-1300	2020/9/9	RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00
9月12 (周6)	0700-1300	2020/9/16	RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00
9月19 (周6)	0700-1300	2020/9/23	RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00
9月26 (周6)	0700-1300	2020/9/30	RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00
10月3 (周6)	0700-1300	2020/10/7	RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00
10月10 (周6)	0700-1300	2020/10/14	RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00
10月17 (周6)	0700-1300	2020/10/21	RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00

检测日期	检测时间	航班日期	航班
9月7 (周1)	0700-1300	2020/9/11	RW410 马尼拉-南宁 12:00-15:00
9月14 (周1)	0700-1300	2020/9/18	RW410 马尼拉-南宁 12:00-15:00
9月21 (周1)	0700-1300	2020/9/25	RW410 马尼拉-南宁 12:00-15:00
9月28 (周1)	0700-1300	2020/10/2	RW410 马尼拉-南宁 12:00-15:00
10月5 (周1)	0700-1300	2020/10/9	RW410 马尼拉-南宁 12:00-15:00
10月12 (周1)	0700-1300	2020/10/16	RW410 马尼拉-南宁 12:00-15:00

温馨提示：

- 1、 做检测按照上面的日期/时间，不用预约。
- 2、 检测当天请带笔和一份护照首页复印件（没有带首页复印件，不可以做检测）。
- 3、 检测当天请在工作人员指导下加入微信群，以便旅客收取检测报告扫描件后申请HS码，报告原件请在航班起飞当日于值机柜台领取。如有任何问题，请于当日与现场工作人员沟通。
- 4、 在医院填表（请正确填写名字和护照号码，避免检测报告出来后有误）。
- 5、 由于支付宝和微信在菲律宾受限，请提前1天支付检测费**1100 人民币/人**，汇入以下账户：
【注意：汇款时必须备注乘机人姓名和航班号，方便核对；如果没有备注名字或汇错账户，则不允许参加检测；检测当天请把汇款截图给现场航司工作人员查看，以做证明，感谢配合。】

银行账号：6227 0012 1688 0039 098
开户银行：建设银行上海江苏路支行
收款人：李惠梅

银行账号：6226 0902 1564 7963
开户银行：招商银行上海曹家渡支行
收款人：李惠梅



必须在医院大门口进去开始检测操作。
不允许自己去急诊室做核酸测，
必须按照我们给出的预约方式做，如有自己跑去急诊室做的不予登机！

去医院检测必须戴口罩和面罩（两种都要戴）！

下图为面罩（参考）：



下图为口罩：



去医院检测不可以戴以下类型的口罩





正门入口处，在保安那边拿第一张表（健康申明），填完给保安查看。

如果大堂里有很多人，请在外面排队，大堂里的人少一些保安会让你进去的时候。

HEALTH DECLARATION 健康声明

St. Luke's Medical Center
Quezon City - Global City

Due to the recent worldwide outbreak of COVID-19, St. Luke's Medical Center would like to ensure that our patients/customers and employees are safe from exposure to the disease. In line with this, we are requesting all patients, including companions and visitors, to complete this form. 鉴于近期全球爆发新型冠状病毒，本院为确保患者/客户及员工的安全，要求所有患者及同伴和访客认真完成以下表格。您提供的信息仅供医院使用，本院会严格保密。

Name: **ZHANG, SAN** Age: **28** Sex: **M** Contact #: **09179930111**
 I am a () Patient () Visitor () Companion () Others: **SWAB**
 我是 () 患者 () 访客 () 同伴 () 其他

Please tick an answer for every question item 以下问题请回答是与否	是	否
Have you been recently tested for COVID-19? 近期是否做过核酸检测?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Date swabbed: 如有，取样时间: Result (if available): 检测结果 (如有):	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Have you been evaluated as Probable or Suspected for COVID-19? 是否被诊断为疑似病例?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Did you have any travel history in the past 14 days? 近14天是否有旅行记录?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
If YES, when and where? 如有，请提供外出日期和到访地点	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Did you come in close contact or staying in the same close environment with someone who is a confirmed COVID-19 case? 是否与确诊患者有密切接触或在同一密闭环境?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Did you come in close contact with a Probable or Suspected person with COVID-19? 是否与疑似病例有过密切接触?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Have you experienced the following symptoms recently? 您近期是否有以下症状:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fever (>38°C) 发烧 (高于38度)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diarrhea, Nausea, or Vomiting 腹泻、恶心或呕吐	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Shortness of breath or other respiratory symptoms 呼吸急促或其他呼吸道症状	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Other respiratory symptoms: 其他症状	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Headache 头痛	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Joint Pain or Muscle Pain 关节痛或肌肉痛	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Flu-like symptoms such as: 类似流感的症状, 例如: Chills or repeated shaking with chills 畏寒或反复打寒战	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Body aches 全身酸痛	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sore throat 咽喉痛	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Runny Nose or Sneezing 流鼻涕或打喷嚏	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cough and colds 咳嗽和感冒	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
New loss of smell and/or taste 近期丧失嗅觉和味觉	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eye discharge 眼睛出现分泌物	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Skin rash or discoloration of toes/fingers 皮疹或手脚趾变色	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Loss of speech or movement 丧失语言和行动功能	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

I agree that the information provided in this document is true and correct to the best of my knowledge and understand that any dishonest answers may have serious legal and public health implications under RA 11332. 我保证以上申报内容正确属实, 如有隐瞒或虚报填报, 将会被依法追究相关法律责任。

我保证以上申报内容正确属实
 I declare that all information disclosed above is TRUE and CORRECT.
 签名: **ZHANG, SAN** 日期/时间: **07/19/2020**
 Signature: **ZHANG, SAN** Date & Time: **07/19/2020**
 Approved entry by: _____ Referred to: _____
 (Name & signature of associate) 医护人员姓名和签字

SLMC-IPC-5-56 REV01 (May 14, 2020)

正门进去后，右手边再拿第2张表格，填写清楚后交给负责人。请稍安勿躁，等候叫名字面试。

Philippine Integrated Disease Surveillance and Response
Case Investigation Form
Coronavirus Disease (COVID-19) 样板

Disease Reporting Unit/Hospital: St. Luke's Medical Center - Global City Name of Investigator: 调查人员 Date of Interview: 日期

1. Patient Profile 出生日期 (月-日-年)		2. Philippine Residence 居住地址	
Last Name 姓: ZHANG	First Name 名: SAN	Middle Name: N/A	Birthdate (mm/dd/yyyy): 01/19/1992
Age 年龄: 28	Sex: <input checked="" type="radio"/> Male 男 <input type="radio"/> Female 女	Civil Status 婚姻状况: Single	Nationality 国籍: CHINESE
Occupation 职业: N/A	Passport No./Emp. No./Gov't ID 证件号: E123456	Street/Borough 街名: WASHINGTON AVE	Municipality/City 城市: MAKATI CITY
Home No./Bldg. Name 门牌号: UG10 VICTORIA DE MAKI	Region 区: NCR	Home Phone No. 家庭电话号码: 7218-1733	Province 省: Province
Mobile Phone No. 手机号码: 09171234567	Other Email address 电子邮箱: ABCD@YAHOO.COM	3. Address Outside the Philippines (for Overseas Filipino Workers and Individuals with Residence Outside the Philippines) 海外地址	
Employer's Name 雇主名称: N/A	Occupation 职业: N/A	Street 街名: QIYI ROAD	City/Municipality 城市/镇: GUANGZHOU CITY
House No./Bldg. Name 门牌号: NO. 2	Province 省: GUANGDONG	Office Phone No. 工作电话: 86 12345678	Cellphone No. 手机号码: +86 87654321
Country: China	4. Travel History		
History of travel/trip/work in other countries with a known COVID-19 transmission 14 days before the onset of your signs and symptoms: <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Port (Country) of exit: N/A		
Airline/Sea vessel: N/A	Flight/Vessel Number: N/A	Date of Departure (mm/dd/yyyy): N/A	Date of Arrival in Philippines: N/A
5. Exposure History 密切接触史			
History of Exposure to Known COVID-19 Case 14 days before the onset of signs and symptoms: <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No	If Yes: Date of Contact with Known COVID-19 Case (mm/dd/yyyy): Unknown 如有日期 (月-日-年)		
Have you been in a place with a known COVID-19 transmission 14 days before the onset of signs and symptoms: <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown	If Yes: Place: <input type="radio"/> Work place 公司 <input type="radio"/> Health facility 医疗设施 <input type="radio"/> Social gathering 聚会 <input type="radio"/> Religious gathering 宗教集会		
List the names of persons who were with you during this (these) occasion(s) and their contact numbers: 请提供密切接触者姓名、电话			
Use the back part of this sheet when needed 如有需要 可写背面			
6. Clinical Information			
Disposition at Time of Report: <input type="radio"/> Inpatient <input checked="" type="radio"/> Outpatient <input type="radio"/> Discharged <input type="radio"/> Died <input type="radio"/> Unknown			
Date of Onset of Illness (mm/dd/yyyy): N/A		Date of Admission/Consultation (mm/dd/yyyy): N/A	
<input type="checkbox"/> Asymptomatic	Fever: _____ °C	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Colds <input type="checkbox"/> Shortness/difficulty of breathing

面试后，请等候叫名字进行核酸检测。做完检测，就可以自行离开！