

关于菲律宾皇家航空马尼拉中国航线核酸检测的最新通知

核酸检测+抗体检测（旅客自费，共计1600人民币/人）：

【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】LoveLy

【联系电话】：09175477843

重要提示*检测时间

✧ 不是在航司指定团队监督下的检测视为无效；未能按通知预约时间到达检测的视为放弃！

航班	核酸+抗体检测		航班日期
	检测日期	检测时间	
RW368 马尼拉-无锡 09:30-13:00	11月9日 (周1)	0800-1200	2020/11/11
	11月16日 (周1)	0800-1200	2020/11/18
	11月23日 (周1)	0800-1200	2020/11/25
	11月30日 (周1)	0800-1200	2020/12/2
	12月7日 (周1)	0800-1200	2020/12/9
	12月14日 (周1)	0800-1200	2020/12/16
	12月21日 (周1)	0800-1200	2020/12/23
	12月28日 (周1)	0800-1200	2020/12/30

航班	核酸+抗体检测		航班日期
	检测日期	检测时间	
RW410 马尼拉-南宁 12:00-15:00	11月11日 (周3)	1000-1400	2020/11/13
	11月18日 (周3)	1000-1400	2020/11/20
	11月25日 (周3)	1000-1400	2020/11/27
	12月2日 (周3)	1000-1400	2020/12/4
	12月9日 (周3)	1000-1400	2020/12/11
	12月16日 (周3)	1000-1400	2020/12/18
	12月23日 (周3)	1000-1400	2020/12/25

温馨提示：

- 做检测按照上表日期/时间，不用预约。两次检测均在同一个医院、同一时间进行。两次检测结果为阴性（抗体检测要求IGG和IGM都为阴性）的旅客，可正常值机；检测结果为阳性的旅客，将被拒绝乘机。
- 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）。
- 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。乘机的旅客请在航班起飞当日在机场柜台处领取两次检测报告原件。如有问题，请务必于检测当日与现场工作人员沟通。
- 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）。
- 核酸检测和抗体检测共计1600 人民币/人。
- 检测费请务必提前一天支付，检测费1600 人民币/人请汇入以下账户：
【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	银行账号：6226 0902 1564 7963
开户银行：建设银行上海江苏路支行	开户银行：招商银行上海曹家渡支行
收款人：李惠梅	收款人：李惠梅

核酸检测+抗体检测地址:



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





工作人员会在正门处带航班的指示牌子，旅客必须按照工作人员指示进行检测。

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。



HEALTH DECLARATION 健康声明

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. 因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填写以下表格。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**
 姓名: 年龄: 性别: 联系方式:
 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 以下问题请回答是或否:	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: 取样日期: 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"/>
If YES, when did your quarantine start? 如是, 隔离期开始日期是:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Do 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? 如是, 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中?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Did you come in close contact with a Probable or Suspected patient with COVID-19? 您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? 您最近是否有以下症状:	<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: 具体症状:	<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:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Chills or repeated shaking with chills 畏寒或反复打寒战	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Body aches 浑身酸痛	<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 近期此味觉和嗅觉	<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 皮疹或手脚颜色变化	<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, 如有隐瞒或虚假信息, 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.
 姓名: **ZHANG, SAN** 日期时间: **07/19/2020**
 Signature: 姓名: 日期时间:
 Approved entry by: 姓名: Referred to: 姓名:
 (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) 模板

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)

Last Name 姓	First Name 名	Middle Name	Birthdate (mm/dd/yyyy)	Age 年龄	Sex: <input checked="" type="radio"/> Male 男 <input type="radio"/> Female 女
ZHANG	SAN	N/A	01/19/1992	28	
Occupation 职业	Civil Status 婚姻状况	Nationality 国籍	Passport No./Emp. No./Gov't ID 证件号	E123456	
N/A	Single	CHINESE			

2.1. Permanent Address 2. Philippine Residence 居住地址

House No./Lot/Bldg. 门牌号	Street/Bamangay 街名	Municipality/City 城市	Province 省
UG 10 VICTORIA DE MAKI	WASHINGTON AVE	MAKATI CITY	NCR
Region 区	Home Phone No. 家庭电话号码	Cellphone No. 手机号码	Email address 电子邮箱
	7218-1733	09171234567	ABCD@YAHOO.COM

2.2. Current Address 居住地址

House No./Lot/Bldg. 门牌号	Street/Bamangay 街名	Municipality/City 城市	Province 省
Region 区	Home Phone No. 家庭电话号码	Work Phone No. 工作电话	Other Email address 其他电子邮箱

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	Occupation 职业	Place of Work: 工作地点	
N/A	N/A	N/A	
House No./Bldg. Name 门牌号	Street 街名	City/Municipality 城市/镇	Province 省
NO. 2	QIYI ROAD	GUANGZHOU CITY	GUANGDONG
Country: 国家: China	Office Phone No. 工作电话: 481228789	Cellphone No. 手机号码: +86 87654321	

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: Yes No Port (Country) of exit: N/A

Airline/Sea vessel:	Flight/Vessel Number:	Date of Departure (mm/dd/yyyy)	Date of Arrival in Philippines:
N/A	N/A	N/A	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: Yes No Unknown/Not 如是: 日期 (月-日-年) No Unknown/Not

Have you been in a place with a known COVID-19 transmission 14 days before the onset of signs and symptoms: Yes No Unknown/Not

如是: 地点: Work place 公司 Health facility 医疗机构 Social gathering 聚会 Religious gathering 宗教集会

如是: 地点: Others: specify type: 其他

Date when you have been in that place: 到访日期: Name of the place: 到访地点: 姓名: 电话:

1.		
2.		
3.		

6. Clinical Information

Disposition at Time of Report: Inpatient Outpatient Discharged Died Unknown

Date of Onset of Illness (mm/dd/yyyy): Date of Admission/Consultation (mm/dd/yyyy):

Asymptomatic Fever: °C Cough Sore throat Colds 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！