



FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros MEDIF

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da Passaredo com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto.

medif@voepass.com.br

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

IATA - RESOLUÇÃO 700 ANEXO A

1. Sobrenome / Nome / Título _____

2. Registro de nome do Passageiro (LOCALIZADOR) _____

3. Itinerário previsto _____

Empresa(s), Número do voo(s) _____

Classe(s), data(s), trechos(s), situação da reserva _____

4. Natureza da incapacidade ou doença _____

5. Precisa de maca a bordo? () Sim () Não

6. Todos os casos de maca devem ter obrigatoriamente acompanhante, identificado a seguir:

Nome _____ Profissão _____ Idade _____

LOCALIZADOR (se diferente) _____ Médico () Sim () Não* Companheiro de viagem _____

(* Caso não tenha treinamento na área da saúde, especificar como "companheiro de viagem"

7. Precisa de cadeira de rodas? () Sim () Não

Se o passageiro: (sobe escada / anda na cabine) **WCHR** _____ (não sobe escada / anda na cabine) **WCHS** _____ (imóvel) **WCHC** _____

Cadeira de rodas: Própria: () Sim () Não Dobrável: () Sim () Não Motorizada: () Sim () Não Tipo de Bateria: () Seca () Líquida*

*Bateria líquida é considerada "carga perigosa"

8. Precisa de ambulância? () Sim () Não

O Passageiro é responsável pela contratação dos serviços de transferência para: **o Embarque e/ou Desembarque / De-Para a ambulância / De-Para a Aeronave**

Se sim, especifique o nome da Empresa de Ambulância contratada, número de telefone e contato. Indicar o endereço de destino

9. Acompanhante / auxiliar atendente para necessidades básicas a bordo: () Sim () Não

Se pessoa já destinada, indicar o nome e contato _____

Em caso de deficientes visuais e/ou auditivos, especificar se estará acompanhado por cão-guia: () Sim () Não

10. Outras necessidades em solo: () Sim () Não

Se sim, especificar que outros serviços são necessários _____

Aeroporto de partida _____

Aeroporto de conexão _____

Aeroporto de destino _____

11. Serviços especiais a bordo: () Sim () Não

Se sim, especificar (refeição especial, assento extra, cinto especial, outras necessidades) _____

Especifique equipamentos (oxigênio, maca, etc.) _____

Especifique serviços especiais contratados e responsável pelas despesas _____

12. Portador de FREMEC: () Sim () Não

Se sim, Número do FREMEC _____ Expedido por _____ Data de vencimento ____/____/____.

13. Declaração do passageiro

Autorizo o Dr(a) _____ a prestar informações, preencher a MEDIF, emitir relatórios adicionais (médico nomeados e CRM-UF)

quando solicitado para o propósito indicado, e em consideração, libero-o de seu dever de confidencialidade com respeito a estas informações, e estou de acordo em cumprir com os honorários do mesmo, caso necessário.

Nota 1: Suprimentos especiais, como oxigênio, maca, etc. requerem sempre o preenchimento completo de MEDIF e o envio com antecedência mínima de 72 horas para análise do departamento médico da companhia aérea, estando o embarque do passageiro sujeito à autorização deste.

Nota 2: Se o transporte for aceito, taxas, quando necessárias, relevantes para a providência dos equipamentos ou necessidades acima mencionadas devem ser pagas pelo passageiro. Concordo em reembolsar o transportador, se solicitado, por qualquer despesa especial proveniente da minha viagem.

Eu aceito que a transportadora pode negar o meu embarque se a minha condição for incompatível com os dados fornecidos ou se meu transporte possa pôr em perigo os outros passageiros, a operação do voo ou a minha própria saúde. Eu libero a transportadora e seus funcionários de qualquer responsabilidade em relação a quaisquer consequências para o meu estado de saúde durante ou por consequência do transporte aéreo.

Nota Importante: Não serão reembolsados os valores pagos em caso de não comparecimento do passageiro sem cancelamento prévio com reserva de maca e/ou oxigênio.

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura do passageiro ou responsável _____



FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros MEDIF

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da Passaredo com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto.
medif@voepass.com.br

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

IATA - RESOLUÇÃO 700 ANEXO B - PARTE UM

1. Nome do Paciente _____

Data de Nascimento _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

2. Médico autorizado _____

E-mail _____ Fax (código país & cidade) _____

Telefone (celular / código país & cidade) _____

3. Diagnóstico (incluindo data do início da doença, episódio ou acidente e tratamento, especificar se contagioso) _____

Natureza e data de qualquer cirurgia recente (independente do porte) _____

4. Sinais e sintomas atuais (Especificar severidade - **sinais vitais obrigatórios**) _____

5. Pode uma redução de 25% a 30% na pressão parcial do oxigênio ambiente (Hipóxia relativa) afetar a condição médica do paciente?

(A pressão da cabine passa a ser o equivalente a uma viagem rápida a uma montanha na altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar)

() Sim () Não () Não tenho certeza

6. Informações clínicas adicionais

a. Anemia () Sim () Não Se Sim, **enviar resultado recente** de hemoglobina

b. Transtorno psiquiátrico / convulsões () Sim () Não Se Sim, veja Parte 2

c. Doença Cardiovascular () Sim () Não Se Sim, veja Parte 2

d. Controle vesical normal () Sim () Não Se Não, indique a forma de controle

e. Controle intestinal normal () Sim () Não

f. Doenças Respiratórias () Sim () Não Se Sim, veja Parte 2

g. O paciente faz uso de oxigênio em casa? () Sim () Não Se Sim, especifique quanto LPMh _____ LPM

h. Necessita de oxigênio a bordo? () Sim () Não Se Sim, especifique (de 2 LPM to 8 LPM) _____ LPM

7. Acompanhante

a. O paciente é capaz de viajar desacompanhado () Sim () Não

b. Se não, seria um atendente ou auxiliar (fornecido pela companhia aérea para embarcar e desembarcar) suficiente? () Sim () Não

c. Se não, o paciente possui um acompanhante para cuidá-lo em suas necessidades a bordo? () Sim () Não

d. Se sim, quem deverá acompanhar o paciente? () Médico () Enfermeira () Outro

e. Se outro, está o acompanhante devidamente treinado para atender todas as necessidades acima? () Sim () Não

8. Mobilidade

a. Capaz de deambular sem ajuda ou assistência? () Sim () Não

b. Necessário cadeira de rodas para embarque? () Sim* () Não *Se sim, () Até a aeronave () Até o assento

c. O paciente pode usar o assento da aeronave na posição VERTICAL quando necessário? () Sim () Não

d. Necessita de MACA A BORDO? () Sim () Não

9. Lista de Medicamentos em uso _____

10. Outras informações médicas _____



FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros MEDIF

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da Passaredo com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto.
medif@voepass.com.br

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

IATA - RESOLUÇÃO 700 ANEXO B - PARTE DOIS

1. Doença Cardiovascular

a. Angina () Sim () Não Data do último episódio: ____/____/____.

- A condição atual é estável? () Sim () Não

- Classificação funcional do paciente: () Assintomático () Angina aos grandes esforços () Angina aos pequenos esforços () Angina no repouso

- Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? () Sim () Não

b. Infarto do Miocárdio () Sim () Não Data: ____/____/____.

- Complicações? () Sim* () Não *Se sim, informe detalhadamente _____

- Realizou teste ergométrico? () Sim* () Não *Se sim, reporte o resultado _____

- Se foi submetido a angioplastia ou ponte de safena:

Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? () Sim* () Não

c. Insuficiência Cardíaca () Sim () Não Data do último episódio: ____/____/____.

- O paciente está controlado com medicação? () Sim () Não

- Classificação funcional do paciente: () Assintomático () Dispneia aos grandes esforços () Dispneia aos pequenos esforços () Dispneia no repouso

- Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? () Sim () Não

d. Síncope () Sim () Não Data do último episódio: ____/____/____.

- O paciente está controlado com medicação? () Sim* () Não *Se sim, reporte o resultado _____

2. Doença Pulmonar Crônica () Sim () Não

a. O paciente tem exames de gasometria recente? () Sim () Não

b. Gasometria foi colhida em: () Ar ambiente () Oxigênio _____ LPM

- Se sim, reporte o resultado _____ pCO2 _____ pO2 _____ Saturação Data do exame ____/____/____.

c. O paciente retém Co2? () Sim () Não

d. Teve sua condição deteriorada recentemente? () Sim () Não

e. Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? () Sim () Não

f. O paciente já viajou em avião comercial nestas mesmas condições? () Sim () Não

- Se sim, reporte o resultado _____

- Apresentou algum problema? Se sim, qual? _____

3. Doença Psiquiátrica () Sim () Não

a. Existe a possibilidade de que o paciente apresente agitação durante o voo? () Sim () Não

b. O paciente já viajou em avião comercial antes? () Sim () Não

- Se sim, data da viagem ____/____/____. O paciente viajou: () Sozinho () Acompanhado

c. O paciente retém Co2? () Sim () Não

4. Convulsões () Sim () Não

a. Que tipo de convulsões? _____

b. Frequência de convulsões: _____

c. Data da última crise convulsiva? _____

d. São as convulsões controladas por medicação? () Sim () Não

5. Prognóstico para a viagem () Bom () Ruim () Não Sabe

Nota 1: Tripulação não está autorizada a dar assistência especial (ex. carregar / levantar) para um passageiro de forma particular em detrimento do seu serviço aos outros passageiros. Adicionalmente, é treinada apenas em primeiros socorros e não está autorizada a aplicar ou fornecer qualquer medicação.

Nota 2: Caso o passageiro seja aceito, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessários para a segurança e conforto do mesmo.

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura e carimbo do Médico _____



FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros MEDIF

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da Passaredo com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto
medif@voepass.com.br

Formulário de informações Médicas para viagens aéreas Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

PARTE TRÊS - INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA A MEDIF

Para facilitar o processo de análise e agilizar a autorização médica, quando devida, por favor certifique-se que todos os detalhes para o voo foram inserido no anexo B parte 1 e 2 e providencie o fornecimento das seguintes informações adicionais, quando cabíveis:

1.Contato Tel / Fax do passageiro (hc - código país & cidade) _____

2.Hospitalização Data de entrada ____/____/____. Data de alta ____/____/____. Hospital _____

3.Diagnostico Diagnostico A condição (doença) está:
Resolvida? () Sim () Não
Estável ou Controlada? () Sim () Não
Recuperação sem complicações (cirurgia)? () Sim () Não

Fraturas - Tratamentos _____ () PINO () GESSO Data ____/____/____.

Pode dobrar a perna na altura do JOELHO? () Sim () Não Pode dobrar a perna na altura do QUADRIL? () Sim () Não

Fraturas - Tratamentos _____ () D () E Data do exame ____/____/____.

3.Oxigênio a bordo

a. Tem o paciente real necessidade de oxigênio a bordo? () Sim () Não

b. Quanto? (De 2LPM até 8LPM) _____ LPM.

c. Qual tipo de fluxo? () Contínuo () Intermitente

3.Oxigênio em solo

a. O paciente faz uso de oxigênio em casa? () Sim () Não

b. Se sim, quanto? _____ LPM.

c. Com que frequência? _____

d. Se sim, que providências foram tomadas para fornecer oxigênio no(s) aeroporto(s) (Embarque / Conexões / Desembarque)?

e. Se não faz uso de oxigênio em solo, por que necessita do fornecimento deste durante o voo?

INFORMAÇÕES PARA ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE OU AUTORIZADO

Os principais fatores a serem considerados quando se avalia a aptidão de um paciente para o transporte aéreo são os efeitos das variações da pressão atmosférica (a expansão e contração dos gases podem causar dor e efeitos de pressão). Durante o voo há consequentemente uma redução da tensão de oxigênio (equivalente a altitude de 8.000 pés, e a pressão parcial do oxigênio é em torno de 20% menor que no solo).

As seguintes condições são consideradas **INACEITÁVEIS** para viagem aérea.

- Anemia severa.
- Doença em fase aguda, infecciosa, infectocontagiosa ou de Notificação Compulsória.
- Insuficiência Cardíaca Congestiva ou outras doenças cianóticas não totalmente controladas.
- Infarto Agudo no Miocárdio, com menos de 6 (seis) semanas.
- Doença respiratória grave ou Pneumotórax recente.
- Lesões gastrointestinais que possam causar hematemese, melena ou obstrução intestinal.
- Pós-operatórios recentes - incluindo plásticas: 10 (dez) dias para cirurgias abdominais simples e 21 (vinte e um) dias para cirurgias torácicas ou oculares Invasivas (exceto laser).
- Doença mental instável sem acompanhante e medicação apropriada para a viagem.
- Convulsões sem controle (a menos que esteja viajando de acompanhante médico).
- Fraturas de mandíbula com fixação da mesma (exceto com acompanhamento médico).
- Introdução recente de ar em cavidade do corpo para fim diagnóstico ou terapêutico - considerar mínimo de 7 (sete) dias.
- Gestantes com mais de 35 semanas ou gestações múltiplas com mais de 32 semanas.
- Crianças com menos de 7 (sete) de vida.
- Casos severos de otites e sinusites.

A lista acima não é definitiva nem única e cada caso será avaliado clinicamente de forma individual segundo as circunstâncias.

Todo e qualquer esclarecimento que tenha sido comunicado não afeta o prognóstico ou a avaliação da aptidão do paciente para viajar independente do médico assistente.

Toda informação fornecida pelos médicos da companhia aérea tem o propósito de informar a situação a bordo de uma cabine pressurizada.

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura e carimbo do Médico _____