

Formularz Informacji Medycznych (MEDIF)

Przed wypełnieniem formularza MEDIF, zapoznaj się z poniższymi zasadami. Formularz ten służy do oceny, czy pasażer z problemami zdrowotnymi może bezpiecznie podróżować samolotem oraz do zapewnienia mu odpowiedniej pomocy podczas lotu.

Formularz MEDIF składa się z dwóch części:

- 1) **Załącznik A** – wypełnia pasażer. Podaje w nim informacje o swojej podróży i specjalnych wymaganiach (np. czy potrzebuje asysty).
- 2) **Załącznik B** – wypełnia lekarz prowadzący. Ocenia w nim stan zdrowia pasażera i stwierdza, czy może on bezpiecznie lecieć.

FORMULARZ MEDIF JEST WYMAGANY W PONIŻSZYCH PRZYPADKACH:

- **Kobiety w ciąży:**
 - wszystkie kobiety powyżej 32. tygodnia ciąży,
 - kobiety z ciążą mnogą lub z powikłaniami.
- **Niemowlęta** do 7. dnia życia.
- **Pasażerowie, którzy podczas lotu potrzebują asysty** lekarza, personelu medycznego lub specjalistycznego sprzętu, takiego jak koncentrator tlenu.
 - **Wyjątek:** W przypadku gdy urządzenie **CPAP** nie jest połączone z respiratorem oraz pasażer nie ma innych problemów zdrowotnych, formularz MEDIF nie jest wymagany.
- **Pasażerowie, których stan zdrowia może pogorszyć się podczas lotu**, w szczególności osoby, które mają:
 - zaawansowaną anemię,
 - zaburzenia psychiczne,
 - napady drgawek,
 - problemy z sercem (np. niewydolność serca, niedawno przebyty zawał),
 - problemy z oddychaniem,
 - problemy z kontrolowaniem oddawania moczu lub wypróżnień,
 - osłabienie po niedawno przebytych operacjach.

WAŻNOŚĆ FORMULARZA MEDIF:

- 1) **Loty do/z USA:** Formularz musi być wypełniony **nie wcześniej niż 10 dni przed datą wylotu**.
 - Ten sam formularz jest ważny na lot powrotny, nawet jeśli odbywa się on w późniejszym terminie.
Uwaga: Jeśli Twój lot powrotny jest pod innym kodem rezerwacji niż rejs początkowy, musisz posiadać nowy formularz MEDIF.
 - **Przykład:** Jeśli lecisz 15 stycznia, formularz musi być wystawiony 5 stycznia lub później.
- 2) **Pozostałe loty:** Formularz musi być wypełniony nie wcześniej niż 14 dni przed datą wylotu.
 - Jeśli lot powrotny jest w ciągu 14 dni od daty wystawienia formularza, nie potrzebujesz nowego dokumentu.
 - Jeśli lot powrotny odbywa się później niż po 14 dniach, musisz wypełnić nowy formularz.

Wypełniony formularz MEDIF musisz dostarczyć do przewoźnika **najpóźniej 72 godziny przed wylotem**.

Jeśli masz bilet kupiony przez pośrednika lub agencję, skontaktuj się z nimi, aby przekazać formularz.

W JAKICH PRZYPADKACH FORMULARZ MEDIF NIE JEST WYMAGANY?

Nie musisz wypełniać formularza MEDIF, jeśli:

- Jesteś **osobą niewidomą, słabowidzącą lub niesłyszącą**.
- Masz **niepełnosprawność intelektualną** i potrzebujesz pomocy na lotnisku lub przy wsiadaniu/wysiadaniu z samolotu (oznaczenie DPNA).
- Jesteś **osobą w podeszłym wieku**.
- Jesteś **kobietą w ciąży bez komplikacji**, która nie przekroczyła 32. tygodnia.
- Potrzebujesz **wózka inwalidzkiego, kul, laski lub balkonika** dla wygody podróży.
- Używasz podczas lotu **urządzenia CPAP** (do leczenia bezdechu sennego), o ile nie masz innych problemów zdrowotnych, które wymagałyby zaświadczenia lekarskiego.
- Przewożysz **koncentrator tlenu (POC)** w bagażu podręcznym, ale **nie korzystasz z niego** w trakcie lotu.
- Masz **opatrunek gipsowy**, który został założony **ponad 48 godzin przed lotem**. Musisz jednak mieć zaświadczenie od lekarza z dokładną datą założenia gipsu.
- Jesteś **diabetykiem** i podróżujesz z pompą insulinową lub robisz sobie zastrzyki penem.

WAŻNE INFORMACJE:

- **Podróżowanie w pozycji leżącej:** LOT nie oferuje możliwości podróży na noszach ani w pozycji leżącej.
- **Tlen:** Na pokładzie samolotów LOT-u nie ma możliwości używania butli tlenowych udostępnianych przez przewoźnika ani przewozu własnych.
- **Zasilanie sprzętu medycznego:** Nie możesz ładować sprzętu medycznego z gniazdek w samolocie. Musisz zabrać ze sobą dodatkowe baterie, które wystarczą na **150% czasu trwania lotu**.
- **Wózek inwalidzki:** Jeśli podróżujesz z własnym wózkiem, musisz podać jego dokładne wymiary co najmniej 48h przed lotem, za pomocą formularza zamieszczonego na naszej stronie internetowej:
<https://www.lot.com/pl/pl/centrum-pomocy/kontakt/formularze/specjalna-asysta-formularz>
- **Pomoc personelu pokładowego:** Personel pokładowy jest przeszkolony tylko do udzielania pierwszej pomocy. Nie może robić zastrzyków, podawać leków, podnosić ani przenosić pasażerów.
- **Pogorszenie stanu zdrowia:** Jeśli twój stan zdrowia pogorszy się po wystawieniu formularza MEDIF, musisz uzyskać nowe zaświadczenie lekarskie.
- **Ważność dokumentu:** Formularz MEDIF jest ważny tylko na loty i w datach, które są w nim podane.
- **Oryginał dokumentu:** Zawsze miej przy sobie oryginał formularza MEDIF, aby okazać go podczas odprawy oraz personelowi pokładowemu przed wejściem na pokład.
- **Pytania?** Napisz na meda@lot.pl jeśli chcesz zadać pytanie dotyczące tego, jak wypełnić formularz.

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Potrzebujących Wsparcia

Załącznik A - wypełnia pasażer (wskazówki obsługi dla pracowników linii lotniczych)

IATA Resolution 700 Attachment A

1	Imię i nazwisko pasażera	Tytuł	Wiek	Płeć
2	Numer rezerwacji pasażera			
3	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data
	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data
4	Powód wymaganego wsparcia (np. kobieta powyżej 32. tygodnia ciąży; niemowlę do 7. dnia życia; pasażer wymagający dodatkowego tlenu itd.)			
5	Czy wymagasz asysty podczas podróży? ☐ TAK ☐ NIE A. Jeśli TAK, podaj imię i nazwisko osoby asystującej B. Podaj numer rezerwacji (jeśli inny) C. Kwalifikacje medyczne lekarz/lekarka, pielęgniarz/pielęgniarka?			
6	Czy potrzebujesz usługi asysty specjalnej na lotnisku? ☐ WCHR – Jesteś w stanie wejść/zejść po schodach ☐ WCHS – Nie jesteś w stanie wejść/zejść po schodach ☐ WCHC – Nie jesteś w stanie chodzić ☐ Nie potrzebuję			
7	A. Czy potrzebujesz przewozić wózek inwalidzki? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, określ typ wózka: ☐ napędzany manualnie WCOMP ☐ z bateriami zabezpieczonymi przed wyciekiem WCBBD ☐ z bateriami niezabezpieczonymi przed wyciekiem WCBW ☐ z bateriami litowo-jonowymi WCLB B. Czy wózek jest składany? ☐ TAK ☐ NIE Podaj rozmiar wózka (jeśli to możliwe, po złożeniu): Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____ W przypadku wózków zasilanych bateriami, podaj: Liczbę baterii: _____ Parametry każdej baterii w watogodzinach (Wh): _____			
	Musisz zadbać o to, żeby przewody w środku wózka elektrycznego były dobrze zabezpieczone i odizolowane w celu uniknięcia przypadkowych zwarc.			
8	Czy potrzebujesz usługi wózka pokładowego WCOB w dotarciu z/do toalety? ☐ TAK ☐ NIE			
9	Potrzebny ambulans? ☐ TAK ☐ NIE Podaj dane kontaktowe firmy zapewniającej ambulans Organizacja ambulansu stoi po stronie pasażera, ubezpieczyciela itp.			
10	A. Czy potrzebujesz dodatkowego tlenu podczas lotu? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, pamiętaj, że musisz korzystać ze swojego koncentratora tlenu (POC) podczas lotu. Podaj markę i model POC Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____ Liczba baterii: _____ Parametry każdej baterii w watogodzinach (Wh): _____ Rodzaj baterii: _____ B. Z powodu braku możliwości zasilania POC z gniazdka pokładowego, potwierdzam, że posiadam dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu. ☐ TAK ☐ NIE Przykład: Jeśli lot trwa 8 godzin, należy zabrać ze sobą baterię wystarczającą na 12 godzin lotu. Pamiętaj, że usługa przewozu lub udostępniania butli tlenowej na pokładzie jest niedostępna.			
11	Inne formy wsparcia ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, wskaż: Lotnisko wylotu Lotnisko tranzytowe Lotnisko docelowe			

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych:

Dane osobowe, w tym informacje o stanie zdrowia, podane w niniejszym formularzu lub załączone do niego, będą wykorzystywane przez Polskie Linie Lotnicze LOT S.A. w celu obsługi wniosku pasażerów wymagających autoryzacji medycznej oraz zorganizowania niezbędnej pomocy w organizacji podróży.

W celu oceny i rozpatrzenia Państwa prośby, a także zapewnienia odpowiedniej pomocy, opieki i sprzętu, Polskie Linie Lotnicze LOT S.A. będą przetwarzały Państwa dane osobowe.

Może być również konieczne przekazanie tych danych innym liniom lotniczym (jeśli dotyczy ich rezerwacja) oraz podmiotom takim jak lekarze, personel lotniskowy i linii lotniczych, organy rządowe i służby granicznej. W przypadku, gdy wniosek dotyczy pomocy specjalnej, dane mogą zostać przekazane odpowiednim służbom lotniskowym.

Szczegółowe informacje znajdują się w polityce prywatności Polskich Linii Lotniczych LOT S.A.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w tym wykorzystywanie i/lub ujawnianie moich danych osobowych, w tym informacji o stanie zdrowia, w celach określonych powyżej.

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

Załącznik B Część Pierwsza - wypełnia lekarz prowadzący

IATA Resolution 700 Attachment B

Formularz zapewnia ścisłą **poufność**. Informacje mają na celu ocenę stanu zdrowia pasażera i dopuszczenie do podróży. Jeśli pasażer zostanie dopuszczony do podróży, zebrane informacje pozwolą na wydanie niezbędnych decyzji mających na celu realizację potrzeb pasażera oraz zapewnienie komfortu podczas lotu. Lekarz prowadzący pasażera jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w formularzu.

12	Imię i nazwisko pasażera	Wiek	Płeć
13	Lekarz prowadzący (imię i nazwisko) e-mail Adres Telefon (+ nr kierunkowy kraju)		
14	Diagnoza (daty ostatnich zabiegów i początku zachorowania lub informacje dotyczące ciąży) Należy wskazać datę oraz naturę każdego z ostatnich badań oraz zabiegów		
15	Obecne objawy i ich dotkliwość. Czy występuje choroba zakaźna? Jeśli tak, należy podać szczegóły		
16	Czy zmniejszenie otaczającego cząstkowego ciśnienia tlenu o 25-30% (względne niedotlenienie) wpłynie na stan zdrowia pasażera? (Ciśnienie w kabinie jest odpowiednikiem szybkiej podróży górskiej na wysokość 2400 metrów/8000 stóp nad poziomem morza). TAK ☐ NIE ☐ Brak pewności ☐		
17	Czy u pasażera występuje: A. Anemia TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, poziom hemoglobiny w gramach B. Problemy kardiologiczne TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 22-24. C. Problemy oddechowe TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 25. D. Zaburzenia psychiczne TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 26. E. Napady drgawek TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 27. F. Czy pasażer używa tlenu w domu? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wskazać ile G. Kontrolowane oddawanie moczu TAK ☐ NIE ☐ H. Kontrolowane wypróżnianie TAK ☐ NIE ☐ Jeśli w punkcie G i/lub H wskazano NIE, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.		
18	Czy pasażer jest zdolny do podróży bez asysty? TAK ☐ NIE ☐ A. Jeśli NIE, czy asysta zapewniona przez przewoźnika jest wystarczająca? TAK ☐ NIE ☐ B. Jeśli NIE, kto będzie udzielał pasażerowi wsparcia (należy podać kwalifikacje np. lekarz/lekarka)? C. Jeśli osoba asystująca nie ma kwalifikacji medycznych, czy jest w pełni zdolna do wsparcia we wszystkich potrzebach? TAK ☐ NIE ☐		
19	Pozycja siedząca Czy pasażer może odbyć podróż w pozycji siedzącej, kiedy jest to wymagane? TAK ☐ NIE ☐		
20	Czy pasażer potrzebuje lekarstw innych niż przyjmowane samodzielnie? TAK ☐ NIE ☐ A. Na lotnisku TAK ☐ NIE ☐ B. Na pokładzie samolotu TAK ☐ NIE ☐ Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano TAK, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.		
21	Czy pasażer potrzebuje korzystać z innych urządzeń medycznych, np. respirator? A. Na lotnisku TAK ☐ NIE ☐ B. Na pokładzie samolotu TAK ☐ NIE ☐ Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano TAK, należy podać: Rodzaj urządzenia Długość (cm): Szerokość (cm): Wysokość (cm): Waga (kg): Liczbę baterii: Parametry każdej baterii w watogodzinach (Wh): Rodzaj baterii:		
22	Jeśli pasażer potrzebuje korzystać z urządzenia medycznego podczas lotu, musi posiadać dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu, np. jeśli lot trwa 8 godzin, należy zabrać ze sobą baterię wystarczającą na 12 godzin lotu. Stan układu krążenia A. Objawy choroby wieńcowej? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek? Czy stan jest stabilny? TAK ☐ NIE ☐ B. Jaki jest stopień wydolności pasażera? ☐ Brak objawów ☐ Przy dużym wysiłku ☐ Przy lekkim wysiłku ☐ Podczas spoczynku Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK ☐ NIE ☐		

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

Załącznik B Część Druga - wypełnia lekarz prowadzący

IATA Resolution 700 Attachment B

23

Zawał mięśnia sercowego

TAK ☐ NIE ☐

Data:

A. Powikłania

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, należy podać szczegóły:

B. Próba wysiłkowa

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, jaki był wynik?

METS

C. Jeśli leczony inwazyjnie (bypass):

Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK ☐ NIE ☐

24

Niewydolność mięśnia sercowego?

TAK ☐ NIE ☐

A. Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek?

B. Jaki jest stopień nasilenia niewydolności mięśnia sercowego?

☐ Brak objawów

☐ Dusznosc przy dużym wysiłku

☐ Dusznosc przy lekkim wysiłku

☐ Dusznosc podczas spoczynku

Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK ☐ NIE ☐

25

Przewlekłe choroby płuc

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, należy wypełnić poniższe podpunkty

A. Czy była wykonywana gazometria? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy podać datę badania

B. Badanie wykonane: ☐ w powietrzu ☐ w trakcie podawania tlenu Przepływ/Litry na minutę (LPM)

Należy podać wyniki: Saturacja

pCO₂

pO₂

C. Czy występuje retencja CO₂?

TAK ☐ NIE ☐

D. Czy stan pasażera uległ ostatnio pogorszeniu? TAK ☐ NIE ☐

E. Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK ☐ NIE ☐

F. Czy pasażer odbył kiedykolwiek lot samolotem w tych samych warunkach zdrowotnych ?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, należy wskazać kiedy

Czy pasażer miał jakiegokolwiek problemy?

26

Stan psychiczny

A. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że lot negatywnie wpłynie na stan psychiczny pasażera?

TAK ☐ NIE ☐

B. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że stan psychiczny pasażera podczas lotu będzie powodował stres lub dyskomfort u innych pasażerów?

TAK ☐ NIE ☐

C. Czy pasażer podróżował samolotem wcześniej?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, należy podać datę podróży

Czy pasażer podróżował samodzielnie? TAK ☐ NIE ☐

27

Napady padaczkowe

TAK ☐ NIE ☐

A. Jakie są typy napadów?

B. Częstotliwość napadów?

C. Kiedy nastąpił ostatni atak?

D. Czy pasażer jest leczony?

TAK ☐ NIE ☐

28

Omdlenia?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek?

29

Należy wypełnić tylko w przypadku ciąży pasażerki

A. Ciąża pojedyncza ☐ Cięża mnoga ☐

Tydzień ciąży w dniu podróży:

B. ☐ Potwierdzam brak znanych komplikacji u pasażerki i dziecka, stanowiących przeciwwskazanie do lotu.

30

A. Pasażer ma dobrą kondycję zdrowotną i jest zdolny do odbycia podróży lotniczej

TAK ☐ NIE ☐

B. Data wypełnienia formularza

Podpis i pieczęć lekarza

Numer telefonu i nazwa placówki medycznej

W sytuacji medycznej personel pokładowy jest przeszkolony wyłącznie do udzielenia pierwszej pomocy. Nie jest uprawniony do wykonywania zastrzyków, podawania leków oraz podnoszenia lub przenoszenia pasażerów.

OŚWIADCZENIE PASAŻERA:

Wyrażam zgodę na przekazanie przez:

(imię i nazwisko lekarza)

liniom lotniczym informacji na temat stanu mojego zdrowia w celu określenia mojej zdolności do przewozu lotniczego i w związku z tym zwalniam tego lekarza z jego/jej zawodowego obowiązku zachowania poufności w odniesieniu do takich informacji. Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów z tym związanych. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku akceptacji niniejszego zaświadczenia moja podróż będzie podlegać ogólnym warunkom przewozu przewoźnika oraz że przewoźnik nie ponosi żadnej szczególnej odpowiedzialności wykraczającej poza te wskazane w ww. warunkach. Zobowiązuję się zwrócić przewoźnikowi na jego żądanie wszelkie ewentualne szczególne wydatki lub koszty związane z realizacją przewozu lotniczego.

Podpis pasażera

Data i miejscowość