

	FORMULARZ MEDIF	Enter Air Sp. z o.o. ul. Bokserska 66, 02-690 Warszawa enterair@enterair.pl
ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI		
ZAŁĄCZNIK A (wskazówki obsługi dla pasażerów linii lotniczych) Część 1		
Proszę o udzielenie odpowiedzi na wszystkie podane pytania oraz zaznaczyć odpowiednie pola znakiem (X) dla TAK lub NIE. Należy wypełnić formularz MEDIF czytelnie WIELKIMI literami.		

Imię i Nazwisko		Tytuł	Płeć¹	Wiek
Numer rezerwacji pasażera (PNR)				
Numer lotu	Odłot z	Przylot do	Data	
Numer lotu	Odłot z	Przylot do	Data	
Rodzaj niepełnosprawności				
Potrzeba użycia noszy na pokładzie		☐ NIE ☐ TAK	<i>obowiązuje specjalna opłata za przewóz noszy</i>	
Wymagana asysta podczas podróży		☐ NIE ☐ TAK		
	Kwalifikacje medyczne	☐ brak ☐ pielęgniarka ☐ lekarz		
	Imię i nazwisko	PNR		
Potrzebny wózek		☐ NIE ☐ TAK		
	Własny wózek	☐ NIE ☐ TAK	☐	WCHR – Pasażer jest w stanie wejść po schodach
	Składany WCOB	☐ NIE ☐ TAK	☐	WCHS – Pasażer nie jest w stanie wejść po schodach
	Zasilany baterią WCBD	☐ NIE ☐ TAK	☐	WCHC – Pasażer nie jest w stanie chodzić
Potrzebny ambulans		☐ NIE ☐ TAK	<i>organizacja ambulansu nie stoi po stronie linii lotniczych</i>	
	Dane firmy zapewniającej ambulans			
Potrzebny tlen podczas lotu		☐ NIE ☐ TAK		

¹ należy podać odpowiednio M – mężczyzna, K - kobieta

	FORMULARZ MEDIF	Enter Air Sp. z o.o. ul. Komitetu Obrony Robotników 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI		
ZAŁĄCZNIK A (wskazówki obsługi dla pasażerów linii lotniczych) Część 2		

	Pasażer posiada własny koncentrator tlenu ☐ NIE ☐ TAK		
	Jeśli TAK, zaznacz właściwe pole ☐ 2 LPM ☐ 4 LPM ☐ inny (model, typ POC).....		
Inne udogodnienia na lotnisku ☐ NIE ☐ TAK			
Jeżeli TAK, wskaż	Lotnisko wylotu	Lotnisko tranzytowe	Lotnisko docelowe
Specjalne udogodnienia na pokładzie ☐ NIE ☐ TAK			
	Jeżeli TAK, wskaż niezbędne udogodnienia (specjalny posiłek, dodatkowe miejsce, dodatkowa przestrzeń na nogi, itp.)		
	Jeżeli TAK, wskaż niezbędny sprzęt (respirator, inkubator, tlen, itp.)		
Data ostatniego badania (przeprowadzonego maksymalnie dwa tygodnie przed datą planowanego wylotu)			

	FORMULARZ MEDIF	Enter Air Sp. z o.o. ul. Komitetu Obrony Robotników 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
		ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI
ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 1 A		
Proszę o udzielenie odpowiedzi na wszystkie podane pytania oraz zaznaczyć odpowiednie pola znakiem (X) dla TAK lub NIE. Należy wypełnić formularz MEDIF czytelnie WIELKIMI literami.		
Formularz ma charakter poufny . Zbierane informacje pozwolą na ocenę stanu zdrowia Pasażera oraz dopuszczenie do podróży. Jeżeli Pasażer zostanie dopuszczony do podróży, zgromadzone dane pozwolą na wydanie niezbędnych decyzji, które mają za zadanie realizację potrzeb Pasażera oraz zapewnienia komfortu podczas lotu. Lekarz prowadzący pasażera zobowiązany jest do udzielenia odpowiedzi zawartych w formularzu.		

Imię i Nazwisko Pasażera	Data urodzenia	Płeć	Wzrost	Waga
Lekarz prowadzący	Telefon	Adres	e-mail	
Diagnoza (daty bieżące leczenia, początek choroby, wypadku, leczenia; należy określić czy choroba jest zakaźna)				
Proszę wskazać rodzaj i naturę każdego z ostatnich badań i zabiegów				
Obecne objawy i ich dotkliwość				
Czy zmniejszenie otaczającego cząstkowego ciśnienia tlenu o 25 - 30% (względne niedotlenienie) wpłynie na stan zdrowia pacjenta? (Ciśnienie w kabinie jest odpowiednikiem szybkiej podróży górskiej na wysokość 2400 metrów (8000 stóp) nad poziomem morza)				
☐ NIE ☐ TAK ☐ BRAK WIEDZY				
Dodatkowe informacje kliniczne				
	1. Anemia	☐ TAK	☐ NIE	Jeżeli TAK, poziom hemoglobiny w gramach
	2. Zaburzenia psychiczne, napady drgawek	☐ TAK	☐ NIE	Jeżeli TAK, wypełnij Część Drugą
	3. Problemy kardiologiczne	☐ TAK	☐ NIE	Jeżeli TAK, wypełnij Część Drugą

	FORMULARZ MEDIF	Enter Air Sp. z o.o. ul. Komitetu Obrony Robotników 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI		
ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 1 B		

	4. Problem z kontrolą oddawania moczu	☐ TAK	☐ NIE	<i>Jeżeli TAK, podaj sposób zapobiegania</i>
	5. Problem z kontrolą wypróżnienia	☐ TAK	☐ NIE	
	6. Problemy oddechowe	☐ TAK	☐ NIE	<i>Jeżeli TAK, wypełnij Część Drugą</i>
	7. Czy pasażer używa tlenu w domu	☐ TAK	☐ NIE	<i>Jeżeli TAK, wskaż ile</i>
Asysta				
	1. Czy pasażer jest zdolny do podróży bez opieki?	☐ TAK	☐ NIE	
	2. Jeżeli NIE, czy asysta zapewniona przez przewoźnika będzie wystarczająca?	☐ TAK	☐ NIE	
	3. Jeżeli NIE, czy pasażer będzie miał własną asystę, która zadba o jego potrzeby?	☐ TAK	☐ NIE	
	4. Jeżeli TAK, kto będzie opiekował się pasażerem	☐ Lekarz	☐ Pielęgniarka	☐ Inne
	5. Jeżeli Inne, czy ta osoba zapewni pomoc we wszystkich potrzebach	☐ TAK	☐ NIE	
Sprawność ruchowa				
	1. Czy pasażer może chodzić bez asysty?	☐ TAK	☐ NIE	
	2. Jeżeli NIE, czy potrzebny jest wózek?	☐ TAK	☐ NIE	
	3. Jeżeli TAK, czy wózek potrzebny jest do	☐ wejścia na pokład	☐ poruszania się po pokładzie	
Lista przyjmowanych leków	Inne informacje medyczne			

	FORMULARZ MEDIF	Enter Air Sp. z o.o. ul. Komitetu Obrony Robotników 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
		ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI
ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 2 A		

Stan układu krążenia			
	1. Objawy choroby wieńcowej	☐ TAK ☐ NIE	Kiedy stwierdzono ostatni przypadek?
	• Czy stan jest stabilny?	☐ TAK ☐ NIE	
	• Stopień wydolności	☐ TAK ☐ NIE	
	☐ brak objawów ☐ przy dużym wysiłku ☐ przy lekkim wysiłku ☐ podczas spoczynku		
	Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać około 10 stopni bez objawów?		☐ TAK ☐ NIE
	2. Zawał mięśnia sercowego	☐ TAK ☐ NIE	Data:
	• Powikłania	☐ TAK ☐ NIE	Jeżeli TAK, podaj szczegóły
	• Próba wysiłkowa	☐ TAK ☐ NIE	Jeżeli TAK, podaj wynik [METZ]
	• Czy pasażer był leczony inwazyjnie (by-pass)	☐ TAK ☐ NIE	
	Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać około 10 stopni bez objawów?		☐ TAK ☐ NIE
3. Niewydolność mięśnia sercowego	☐ TAK ☐ NIE	Kiedy stwierdzono ostatni przypadek?	
	• Stopień nasilenia niewydolności mięśnia sercowego		
	☐ brak objawów ☐ duszność przy dużym wysiłku ☐ duszność przy lekkim wysiłku ☐ duszność podczas spoczynku		
4. Omdlenia	☐ TAK ☐ NIE		
5. Badania	☐ TAK ☐ NIE	Jeżeli TAK, proszę podać wynik	

	FORMULARZ MEDIF	Enter Air Sp. z o.o. ul. Komitetu Obrony Robotników 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI		
ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 2 B		

Przewlekłe choroby płuc ☐ TAK ☐ NIE		
	1. Ostatni wynik gazometrii	
	2. Wyniki pomiarów saturacji	
	3. Czy występuje retencja CO ₂ ? ☐ TAK ☐ NIE	
	4. Czy stan pasażera uległ ostatnio pogorszeniu? ☐ TAK ☐ NIE	
	5. Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać około 10 stopni bez objawów? ☐ TAK ☐ NIE	
	6. Czy pasażer odbył lot w podobnych warunkach zdrowotnych ☐ TAK ☐ NIE	
	• Jeżeli Tak, podaj kiedy	
• Jeżeli TAK, czy pasażer miał problemy podczas lotu?		
Stan psychiczny		
	1. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że pasażer będzie pobudzony podczas lotu? ☐ TAK ☐ NIE	
	2. Czy pasażer podróżował wcześniej samolotem? ☐ TAK ☐ NIE	Jeżeli TAK, proszę podać datę
	3. Pacjent będzie podróżował ☐ sam ☐ z asystą	

	FORMULARZ MEDIF	Enter Air Sp. z o.o. ul. Komitetu Obrony Robotników 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI		
ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 2 C		

Napady padaczkowe ☐ TAK ☐ NIE	
	1. Jakie są typy napadów?
	2. Jaka jest częstotliwość napadów?
	3. Kiedy miał miejsce ostatni atak?
	4. Czy pasażer jest leczony? ☐ TAK ☐ NIE
Jaka jest kondycja pasażera przed podróżą?	
Podpis lekarza (czytelnie)	Data

WAŻNE INFORMACJE:

- Personel pokładowy nie jest upoważniony do udzielania specjalnej pomocy (np. podnoszenia, przenoszenia, itp.) poszczególnym pasażerom kosztem obsługi pozostałych pasażerów. Oprócz tego personel pokładowy jest przeszkolony wyłącznie do udzielania pierwszej pomocy medycznej, jak również nie posiada uprawnień do wykonywania zastrzyków oraz podawania leków pasażerom.
- Opłaty (o ile są wymagane) dotyczące wybranych świadczeń zapewnionych przez przewoźnika lotniczego są ponoszone przez pasażera.