

MEDIF



Formulário padrão de informações médicas para viagens aéreas

Responda a TODAS as perguntas. Marque um (x) nas caixinhas "SIM" ou "NÃO". Use LETRA DE IMPRENSA ou de MÁQUINA DE ESCREVER.

PARTE 1ª

Para ser completado pelo passageiro

A	Nome do passageiro			Idade		
	Seguro de viagem/ Nº seguro de viagem					
B	Itinerário proposto	De	Para	Data	PNR (Cód reserva)	As transferências de um voo a outro precisam de mais tempo de conexão
C	Loja LATAM ou agência			Telefone		
D	Precisa de cadeira de rodas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Consegue locomover-se sozinho em distâncias curtas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Passageiros viajando com cadeiras de roda próprias com baterias devem verificar os requisitos para transporte de mercadorias perigosas no site latam.com	
E	ACOMPANHANTE PROPOSTO: nome, sexo, idade, profissão e ofício, segmentos (se forem diferentes aos do passageiro); no caso de pessoa não qualificada, anote "ACOMPANHANTE DA VIAGEM"					Em caso de passageiros com deficiência visual ou auditiva, indique se viaja com cão de assistência.
	Caso o passageiro viaje sozinho, indique pessoa de contato, nome e telefone					
F	O passageiro é responsável pela contratação de serviços de traslado para embarque/desembarque, entre a ambulância e o assento do avião e vice-versa			Empresa de ambulância:		
				Telefone de contato:		
				Endereço no destino:		
G	Precisa de outros preparativos em terra?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se respondeu SIM, especifique abaixo em cada item (a) Convênio com a companhia aérea ou outra organização, (b) Quem absorve o gasto e (c) número(s) de telefone e endereços onde corresponda ou qualquer pessoa em particular designada para prestar assistências ao passageiro.			
1	Preparativos para entrega no aeroporto de partida?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique _____			
2	Preparativos para entrega em pontos de conexão?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique _____			
3	Preparativos para assistência no ponto de chegada?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique _____			
4	Outros preparativos ou informações importantes?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique _____			
H	Requerimentos especiais no voo tais como assento extra (apenas assento ao lado do passageiro), comida especial (somente em voos internacionais)		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique _____		

Informa

Eu, _____, autorizo que o médico _____ proporcione à LATAM Airlines Group as informações requeridas por seus departamentos médicos com a finalidade de determinar minha aptidão para o transporte aéreo e, consequência, isento o referido médico das respectivas obrigações éticas a respeito. Concorde em pagar ao médico os honorários devidos. Estou ciente que, na hipótese de o transporte ser aceito, minha viagem estará sujeita às condições gerais de transporte e tarifas da companhia transportadora e que o transportador não assume qualquer responsabilidade que exceda tais condições e tarifas. Assumo a responsabilidade, sob meu próprio risco, sobre quaisquer consequências eventual que o transporte por via aérea possa ter em meu estado de saúde e isento o transportador, seus empregados e agentes de quaisquer responsabilidades por tais consequências, especialmente (mas não limitado a) casos de gastos provenientes de complicações no estado de saúde derivadas de pré-existências. Isento o transportador, ainda assim, de toda responsabilidade com relação a qualquer gasto que possa incorrer em função do meu estado de saúde se um voo for cancelado ou atrasado por motivos de segurança ou de força maior. Concorde em reembolsar o transportador conforme sua exigência, por qualquer gasto especial ou custos relacionados ao meu transporte. Aceito que a companhia aérea poderá negar o meu embarque se minha condição de saúde não for coincidente com os dados proporcionados ou se meu embarque puder colocar em risco minha saúde, a dos demais passageiros ou as operações de voos.

IMPORTANTE:

Onde se fizer necessário, deve ser lido pelo(a) passageiro(a), assinado e datado por ele(a) ou em seu nome.

Local

Data

Assinatura do passageiro

Telefone de contato

MEDIF

Ficha de informações médicas (Apenas para uso oficial)



Este formulário tem por objetivo proporcionar as informações necessárias que permitam aos departamentos médicos das companhias aéreas avaliar as condições do passageiro para a viagem. Se o passageiro for aceito, esta informações permitirão compartilhar as instruções necessárias com vistas a proporcionar ao passageiro o máximo de bem-estar e comodidade. Solicita-se ao médico responsável pelo tratamento responder a todas as perguntas, marcando com um xis (x) na caixa respectiva "sim" ou "não" e/ou prestar respostas concisas e precisas.

Recomendamos preencher o formulário usando letra de imprensa

2ª PARTE

A ser preenchida pelo médico responsável pelo tratamento

Este formulário deve ser preenchido, no máximo, 10 dias antes da partida do voo e entregue à companhia até 48 horas antes da viagem.

MEDA 01 Dados do passageiro	Nome completo do paciente			
	Sexo	Idade		
MEDA 02 Dados do médico	Nome do médico responsável pelo tratamento			
	CPF/RG/CRM	Telefone de contato		
	Especialidade	E-mail		
MEDA 03 Diagnóstico atual e antecedentes do paciente	Relatório médico (médico deve anexar diagnóstico detalhado)			
	Diagnóstico médico/cirúrgico atual (deve dizer se o quadro se encontra resolvido/alta)			
	Antecedentes mórbidos	1. 4.	2. 5.	3.
	Dia/mês/ano dos primeiros sintomas			
	Data de diagnóstico atual ou tempo de evolução			
	Passageiro se encontra em condições de ser transportador por avião? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
MEDA 04 (Risco durante a viagem)	Prognóstico para a viagem			
	Risco vital: Baixo ou sem risco <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Recomenda-se não voar <input type="checkbox"/>			
MEDA 05	Sofre de enfermidade contagiosa e/ou transmissível no momento da viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
	Data de início da enfermidade, qual?			
MEDA 06	O paciente associado ao diagnóstico anterior apresenta alguma alteração com relação a:			
	Controle de esfíncter Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Conduta Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outra:			
MEDA 07	O paciente pode se sentar-se em posição vertical durante o voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
	Requer maca? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
MEDA 08 (Autonomia do paciente)	O paciente tem independência durante o voo para:			
	Comer Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ir ao banheiro Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Entender instruções de segurança Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outros _____			
MEDA 09 Acompanhante	No caso de viajar acompanhado, especifique o tipo de acompanhante(*): Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Paramédico <input type="checkbox"/> Outro:			
	(*) O adulto acompanhante deve estar física e mentalmente apto para lidar com a presença em uma cabine de um avião, bem como prestar assistência ao passageiro em condições de emergência ou necessidades de serviço (fisiológicas e/ou de alimentação)			
MEDA 10 (Oxigênio)	Paciente requer oxigênio durante o voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Porcentagem de saturação de oxigênio <input type="text"/>			
	Paciente viaja com seu próprio concentrador de oxigênio portátil (POC)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quantidade de fluxo LT/min <input type="text"/>	Duração da bateria do equipamento: <input type="text"/> (DEVE DURAR 150% DAS HORAS DE VIAGEM, incluindo escalas e tempos de espera).....horas.	
	Modelo: Marca: Selo:			
	Pode ser desconectado em breves lapsos em caso de necessidade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
	Paciente viaja com outros dispositivos médicos de assistência respiratória que deverá usar durante o voo? CPAP / BiPAP / VPAP / APAP / EPAP / Umidificador / Nebulizador Tipo de dispositivo (Ex. APAP): _____ Modelo: _____ Marca: _____			
MEDA 11 MEDA 12	Fornecer lista de medicações do paciente e via de administração (todos são de responsabilidade exclusiva do paciente). 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____			
	Requer medicação antes do voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
	Requer medicação durante o voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			

MEDA 13 MEDA 14	Paciente requer hospitalização? (Em caso positivo, indicar os accertos efetuados ou, se não foram feitos, indicar "Ação não tomada"). Deve-se anexar certificado do centro em que o paciente será hospitalizado.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Requer hospitalização durante as escalas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Requer hospitalização e/ou ambulância na chegada ao destino?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
MEDA 15	(Para viagens superiores a 3 horas) No caso de apresentar transtorno de coagulação e/ou antecedentes de trombose, arritmias cardíacas, fratura em extremidade inferior etc, encontra-se em tratamento com anticoagulante oral/injetável no momento da viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especifique Qual _____					
MEDA 16	De acordo com sua patologia principal/atual, o paciente se encontra estável para poder tolerar horas de voo em sua totalidade, sem complicações, incluindo escalas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
MEDA 17 (Cirurgias)	Tipo de cirurgia Aberta <input type="checkbox"/> Laparoscópica <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>					
	Complicações durante a cirurgia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
MEDA 18	Precisa de cadeira de rodas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
	Consegue flexionar os joelhos durante a viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
	Consegue flexionar a cintura durante a viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
MEDA 19 (Psiquiatria)	Apresenta alguma patologia psiquiátrica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
	Qual? Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Bipolaridade <input type="checkbox"/> Outra _____					
	Encontra-se estável/bem controlada? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
<p>Importante:</p> <p>1. Passageiro em maca sempre precisa de ambulância, que deverá ser solicitada e paga pelo passageiro.</p> <p>2. Os cilindros de oxigênio serão fornecidos pela companhia aérea (somente oxigênio seco) e o serviço será prestado apenas a bordo. O passageiro ou acompanhante é responsável por informar a tripulação sobre a necessidade de troca de cilindro e, além disso, por garantir seu próprio abastecimento de oxigênio no destino.</p> <p>3. Os concentradores de oxigênio devem ser trazidos pelo passageiro e devem ter modelo aprovado pela autoridade aeronáutica.</p> <p>4. A LATAM não fornece elementos de uso fisiológico.</p> <p>5. A companhia poderá condicionar a aceitação do transporte e/ou negar o embarque do passageiro se, de acordo com os antecedentes apresentados neste formulário, existirem riscos tanto para a saúde do próprio passageiro quanto para a dos demais e nos casos em que o formulário não reflita o estado de saúde atual do passageiro no momento do embarque.</p> <p>Informe-se sobre os termos e condições no site latam.com, na seção "Informações para a sua viagem"</p>						
O médico que assina, dr. _____, declara que o paciente encontra-se em condições de efetuar uma viagem por via aérea com as precauções descritas acima, sem risco de agravamento de sua condição como consequência direta do voo.						
Data		Local		Assinatura do médico responsável pelo tratamento		