|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | PARTE 1  A preencher pelos SERVIÇOS MÉDICOS E ESCRITÓRIOS DO TRANSPORTADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **MEDIF**  **MODELO DE INFORMAÇÃO MÉDICA PARA TRANSPORTE AÉREO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Responda a todas as perguntas – Assinale com x nas casas «SIM» ou «NÃO»  **Preencher em maiúsculas ou dactilografar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | NOME DO PASSAGEIRO | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | ITINERÁRIO PREVISTO  Transportador(es), Voo(s), Classe, Percurso(s), Situação de Reserva(s) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | A transferência de um voo para outro frequentemente requer um maior intervalo de ligação | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| C | NATUREZA DA INCAPACIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VERIFICAÇÃO MÉDICA NECESSÁRIA | | | | | NÃO | |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | SIM | |  |  | |
| D | É NECESSÁRIA MACA A BORDO?  (todos os casos de maca devem ser acompanhados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NÃO | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | SIM | |  | | | |  | | | | | Pedir tarifa, se desconhecida | | | | | | | | | |
| E | PROVÁVEL ACOMPANHANTE  (Nome, sexo, idade, qualificação profissional, percursos, se diferentes dos do passageiro) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Para cegos e/ou surdos, indicar se acompanhados de cão “treinado” | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| F | É NECESSÁRIA  CADEIRA DE RODAS? | | | | | | | | | | | | | NÃO | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Do Próprio | | | | | | | | | | Desmontável | | | | | | | | | Motorizado | | | | | | | | | | Com Pilhas | | | | | | Pilhas são consideradas «Artigos Restritos» e proibidas em aviões de passageiros | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | SIM | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | NÃO  SIM | | | | | | | |  | | NÃO  SIM | | |  | | | | | | NÃO  SIM | | | | | |  | | | | NÃO  SIM | | | | |  |  | | | | | | |
|  | As categorias são: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  |  | | | | | | |
|  | WCHR  WCHS  WCHC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  |  | | | | | | |
| G | É NECESSÁRIA AMBULÂNCIA | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | A SER PEDIDA PELO TRANSPORTADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pedir tarifa, se desconhecida | | | |
|  |  | | | | | | | NÃO | | | | | |  | | | | | | | | | NÃO | | | | | | |  | | | | | | |  | | Indicar endereço da firma | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | SIM | | | | | |  | | | | | | | | | SIM | | | | | | |  | | | | | | |  | | Indicar endereço no destino | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| H | OUTROS ARRANJOS EM TERRA | | | | | | | | NÃO  SIM | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Se SIM, especificar abaixo e indicar para cada item: (a) Transportador envolvido ou outra organização; (b) por conta de quem; (c) endereço e telefone se apropriado, ou quando uma pessoa específica for designada para esperar/assistir o passageiro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1 | No aeroporto de partida | | | | | | NÃO | | | |  | | | | | | | | | SIM | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 2 | No ponto de  ligação | | | | | | NÃO | | | |  | | | | | | | | | SIM | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 3 | No aeroporto  de chegada | | | | | | NÃO | | | |  | | | | | | | | SIM | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 4 | Outras informações pertinentes | | | | | NÃO | | | | | |  | | | | | | | | | SIM | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| K | ARRANJOS ESPECIAIS A BORDO,  como refeições, lugar, lugar  adicional, oxigénio, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NÃO | | | | | |  | | | | | | SIM | | | | | |  | | | | Se afirmativo, descreva e indique para cada item: (a) Percurso em que é necessário; (b) Segundo Transportador, e (c) Por conta de quem no caso de equipamento especial, como oxigénio, etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (Ver NOTA no final da  PARTE 2) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| L | O passageiro possui um FREMEC válido para esta viagem? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NÃO | | | | | | | |  | | | SIM | | | | | | | |  | | Se afirmativo, copie os dados do FREMEC aqui indicados, no pedido de reserva; se negativo, e no caso do Transportador exigir mais dados, deverá ser preenchida a PARTE 2 pelo Médico Assistente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | (Número do FREMEC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Emissor) | | | | | | | | | | | | | | | | | (Validade) | | | | | | | | | |  | | (Sexo) | | | | | | | (Idade) | | | | | | | (Tipo de Incapacidade) | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | (Tipo de Inacapacidade (cont.)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Limitações – Impedimentos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Local: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Autorizado por: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| DECLARAÇÃO  (**para ser lida, datada e assinada pelo passageiro**) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | «EU, ABAIXO ASSINADO, AUTORIZO O DR./DRª | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| a fornecer às companhias de aviação todas as informações exigidas pelos departamentos médicos dessas companhias, com o fim de avaliar das minhas condições de saúde para viajar de avião. Declaro que não tomarei qualquer acção relacionada com a quebra de segredo profissional respeitante a essas informações e que o pagamento dos honorários do médico/a que acima indico serão da minha responsabilidade.  Fico ciente que, caso seja aceite para ser transportado, fico sujeiro às condições gerais de transporte e às tarifas respectivas de cada companhia e que cada companhia não é responsável senão na exacta medida dessas condições e dessas tarifas.  Declaro que estou preparado para assumir os riscos e as consequências que o transporte aéreo possa vir a ter no meu estado de saúde e desde já exonero de qualquer responsabilidade as transportadoras, os seus empregados e agentes, no que respeita a essas mesmas consequências.  Mais declaro que reembolsarei as transportadoras e a seu pedido, de todas as despesas relacionadas com o meu transporte, caso venham a ser necessárias.» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Data: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Assinatura do Passageiro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Distribuição :** (Agrafar ao bilhete de passagem)  Original – Escala de Destino  1ª Cópia – Comandante(s)  2ª Cópia – Escala de Embarque  3ª Cópia – Escala(s) de Transferência | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Checklist para a escala de embarque** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Instalação da maca  Alimentação especial  Declaração de responsabilidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Acompanhante  Transporte para o avião (cadeira de rodas, ambulância, carro)  Escalas avisadas por mensagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **MEDIF – Certidão Médica** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(Reservado a uso oficial)* | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| PARTE  2 | | Esta certidão destina-se a fornecer uma informação confidencial que permita aos Serviços Médicos da SATA determinar a aptidão para transporte do passageiro e promover o seu conforto  Todos os quesitos devem ser respondidos com precisão.  (Assinalar com x a casa SIM ou NÃO e **preencher com letra de imprensa ou de preferência dactilografar)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Devolver a: | | | | | | | | | | |
| A preencher pelo Médico Assistente  (**Emitir em quadriplicado**) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Escritório do Transportador) | | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO  MEDA 01 | NOME DO DOENTE,  SEXO E IDADE | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDA 02 | MÉDICO ASSISTENTE: - NOME E ENDEREÇO  - CONTACTOS | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Consultório: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Residência: | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDA 03 | DADOS CLINICOS:  - DIAGNÓSTICO DETALHADO  (Incluindo sinais vitais) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | - DIA/MÊS/ANO do 1º SINTOMA: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Data do diagnóstico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Data prevista para o parto:  (casos de gravidez \*) | | | | | | | | | | |
| MEDA 04 | PROGNÓSTICO para a viagem: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDA 05 | Doença contagiosa? | | | | | | NÃO | | | |  | | | SIM | | | | |  | | | | | | Especificar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDA 06 | Aspecto chocante para terceiros?  (cheiro, aparêncioa, conduta) | | | | | | NÃO | | | |  | | | SIM | | | | |  | | | | | | Especificar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDA 07 | Pode viajar sentado com o encosto na posição vertical,  se necessário? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| MEDA 08 | Pode viajar só, sem necessidade de ajuda?  (Alimentar-se, dirigir-se aos lavabos, etc.) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | SIM | | | | |  | | | | | | | NÃO | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | Caso neg., tipo de ajuda necessária: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| MEDA 09 | Se acompanhado a bordo, os arranjos constantes da PARTE 1/E são satisfatórios? | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | SIM | | | | |  | | | | | | | NÃO | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | Caso neg., tipo de acompanhante aconselhado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| MEDA 10 | Necessário oxigénio a bordo?  Se afirmativo, seleccionar débito de saída  \*\* Limitado a 2L ou 4L por minuto, **apenas fornecido pela SATA.** | | | | | | | | NÃO | | | | |  | | | | SIM | | | | | | |  | | Litros  por Minuto | | | | | | 2L por minuto | | | | | |  | Permanente? | | SIM | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | 4L por minuto | | | | | |  |  | | NÃO | |  | | | | |
| MEDA 11 | Necessária medicação especial\*, e/ou uso de equipamentos específicos, tais como, **POC, CPAP**, máscara, incubadora, etc.\*\*? | | | | (a) Em terra, no aeroporto: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | NÃO | | | | | | | |  | | | SIM | | | | | | |  | | | Especificar: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| MEDA 12 |  | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | (b) A bordo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | NÃO | | | | | | |  | | | | SIM | | | | | | |  | | | Especificar: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| MEDA 13 | Necessária hospitalização?  (Se afirmativo indicar arranjos efectuados; se negativo indicar «NÃO FOI TOMADA ACÇÃO») | | | | (a) Durante estadia ou pernoita no ponto de ligação : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | NÃO | | | | | | |  | | | | | SIM | | | | | |  | | | Especificar: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| MEDA 14 |  | | | | (b) Após chegada ao destino: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | NÃO | | | | | | |  | | | | | SIM | | | | | |  | | | Especificar: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| MEDA 15 | Outras observações ou informações que permitam atenuar e tornar mais confortável o transporte | | | | Nenhuma | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Se alguma especificar\*\*. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| MEDA 16 | Outros arranjos providenciados pelo Médico Assistente | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **NOTA:** O Pessoal de Cabine está habilitado a prestar apenas Primeiros Socorros e não está autorizado a administrar injectáveis e/ou prestar assistência especial passageiros doentes em prejuízo de outros passageiros. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | I**MPORTANTE**: Todos os encargos relacionados com a presente informação e quaisquer arranjos especiais de equipamento (\*\*) são da responsabilidade do passageiro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data: | | | | Local: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Assinatura do Médico Assistente: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Princípios de orientação** ( se bem que cada caso seja considerado separadamente as condições seguintes são geralmente consideradas restritivas para transporte aéreo).  - Situações cardiovasculares graves ou criticas, tais como: insuficiência grave ou enfarte do miocárdio recente. Neste caso não será normalmente aconselhável viajar  nas primeiras 6 semanas após o acidente agudo.  - Doentes que tenham recebido recentemente injecção de gás para efeitos de pneumotórax ou de ventriculografia para exame do sistema nervoso.  - Doentes mentais exigindo forte sedação ou restrição de movimentos.  - Casos graves de otite média com obstrução da Trompa de Eustáquio.  - Doenças contagiosas agudas ou de notificação obrigatória.  - \* O estado de gravidez além da 36ª semana e gravidez sem uma evolução normal, estão sujeitas a condições especiais.  - Bebés com idade inferior a 7 dias.  - Pessoas com doenças de pele contagiosas ou repulsivas.  - Casos recentes de poliomielite, excepto se tiver passado um mês sobre o início da doença. As formas bulbares de poliomielite, estão sujeitas a restrições.  - Pessoas com graves tumores de mediatisno, hérnias extremamente grandes, obstrução intestinal, doenças cranianas envolvendo aumento de pressão, fractura  craniana e fractura recente da mandíbula, com imobilização.  - Casos cirúrgicos recentes com tempo insuficiente para cicatrização. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |