|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PARTE 1A 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 PREVISTOTransportador(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 NECESSÁRIACADEIRA DE RODAS? | NÃO |  | Do Próprio | Desmontável | Motorizado | Com Pilhas | Pilhas são consideradas «Artigos Restritos» e proibidas em aviões de passageiros |
|  |  | SIM  |  | NÃOSIM |  | NÃOSIM |  | 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 | NÃOSIM |  | 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 Destino1ª Cópia – Comandante(s)2ª Cópia – Escala de Embarque3ª 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 confortoTodos 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) |  |
|  |  |  |
| CÓDIGOMEDA 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 |  | Litrospor 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. |