|  |  |
| --- | --- |
|  | MEDIF – PARTE 1 |

 MODELO DE INFORMAÇÃO MÉDICA PARA TRANSPORTE AÉREO

|  |
| --- |
| A preencher pelos SERVIÇOS MÉDICOS E ESCRITÓRIOS DO TRANSPORTADOR |
| 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), Nº Voo(s) / Data(s), Percurso(s) |       | A transferência de um voo para outro frequentemente requer um maior intervalo de ligação |
|  |       |
|  |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C |  | NATUREZA DA INCAPACIDADE  |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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). \*O acompanhante deverá ter pelo menos 18 anos de idade e estar apto a assistir o passageiro durante toda a viagem | Médico [ ]  | Enfermeiro [ ]  | Familiar [ ]  | Outro [ ]  |  | Para cegos e/ou surdos, indicar se acompanhados de cão “treinado” |
|  |       |
|  |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| F |  | É NECESSÁRIA CADEIRA DE RODAS?As categorias são:**[ ]  WCHR** (Sobe escada/anda na cabine) **[ ]  WCHS** (Não sobe escada/anda na cabine) **[ ]  WCHC** (Não sobe escada/não anda na cabine) | 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 [ ]  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G |  | É NECESSÁRIA AMBULÂNCIA | SIMNÃO |  [ ]  [ ]  | A SER PEDIDA PELO TRANSPORTADOR |       | Pedir tarifa, se desconhecida  |
|  | NÃO  | [ ]  |  | Indicar endereço da firma |       |
|  | SIM  | [ ]  |  | Indicar endereço no destino |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| H |  | OUTROS ARRANJOS EM TERRASe **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 | SIM [ ] NÃO [ ]   | **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)** efetuados pelo Transportador ou por terceiros, **(c)** Por conta de quem. O fornecimento de equipamentos especiais, como oxigénio, macas, etc., exige o preenchimento da PARTE 2 pelo médico assistente. |
|  | (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) |

|  |  |
| --- | --- |
| DECLARAÇÃO (**para ser lida, datada e assinada pelo passageiro**) | «EU, ABAIXO ASSINADO, AUTORIZO O DR./DRª (nome do médico assistente) |
| 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.Os dados pessoais e clínicos fornecidos neste formulário serão usados pelo Grupo SATA para tratar da sua solicitação de autorização médica e para providenciar a assistência necessária para seus planos de viagem. Para avaliar e gerir a sua solicitação e para providenciar a assistência, os cuidados e os equipamentos apropriados, pode ser necessário que o Grupo SATA processe e / ou divulgue suas informações pessoais e / ou médicas para outras companhias aéreas em seu itinerário e a terceiros, tais como profissionais da área médica, funcionários de aeroportos, órgãos governamentais e autoridades de controlo de fronteiras. Nos casos em que também seja solicitado assistência de mobilidade, poderá ser necessário fornecer suas informações aos serviços de assistência em terra.Deverá ler a política de privacidade do grupo SATA em [WWW.AZORESAIRLINES.PT](http://WWW.AZORESAIRLINES.PT) para obter mais informações.Eu, por este meio, consinto que meus dados pessoais e / ou médicos sejam processados, usados e / ou divulgados para os propósitos estabelecidos acima.Fico ciente que, caso seja aceite para ser transportado, fico sujeito 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 – PARTE2 |

 MODELO DE INFORMAÇÃO MÉDICA PARA TRANSPORTE AÉREO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDIF – Certidão Médica** | Esta certidão destina-se a fornecer uma informação confidencial que permita aosServiços Médicos da SATA determinar a aptidão para transporte do passageiro epromover o seu conforto.Todos os requisitos devem ser respondidos com precisão.(Assinalar com x a casa SIM ou NÃO e **preencher com letra de imprensa ou de****preferência dactilografar)** | (Reservado a uso oficial) |
| A preencher pelo Médico Assistente |  |
|  (**Emitir em quadriplicado**) | Devolver a: |
|       |
| (Escritório do Transportador) |

**CÓDIGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDA 01 | NOME DO DOENTE, SEXO E IDADE:  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDA 02 | MÉDICO ASSISTENTE: - NOME E ENDEREÇO- CONTACTOS |        |
| Profissional:  |       | Telemóvel:  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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? | NÃO [ ]  | SIM [ ]  | Especificar:  |       |
|  (cheiro, aparência, conduta) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MEDA 07 | Pode viajar sentado com o encosto na posição vertical, se necessário? | SIM [ ]  | NÃO [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDA 08 | Pode viajar desacompanhado, 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:necessária:  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: | Especificar:       |
| NÃO [ ]  | SIM [ ]  |
| MEDA 12 | (b) A bordo: | Especificar:       |
| NÃO [ ]  | SIM [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 : | Especificar:       |
| NÃO [ ]  | SIM [ ]  |
| MEDA 14 | b) Após chegada ao destino: | Especificar:       |
| NÃO [ ]  | SIM [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |

[ ]  Confirmo que recebi permissão do meu paciente para a partilha desta informação.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 mediastino, 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.