

	<b>FORMULARZ MEDIF</b>	Enter Air Sp. z o.o. ul. 17 Stycznia 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
<b>ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI</b>		
<b>ZALĄCZNIK A (wskazówki obsługi dla pasażerów linii lotniczych) Część 1</b>		
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		Płeć <sup>1</sup>	Wiek
Numer rezerwacji pasażera (PNR)					
Numer lotu		Odlot z	Przylot do	Data	
Numer lotu		Odlot z	Przylot do	Data	
Rodzaj niepełnosprawności					
Potrzeba użycia noszy na pokładzie		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<i>obowiązuje specjalna opłata za przewóz noszy</i>	
Wymagana asysta podczas podróży		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK		
Kwalifikacje medyczne		<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> pielęgniarzka	<input type="checkbox"/> lekarz	
Imię i nazwisko			PNR		
Potrzebny wózek		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK		
Własny wózek		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/>	WCHR – Pasażer jest w stanie wejść po schodach
Składany WCOB		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/>	WCHS – Pasażer nie jest w stanie wejść po schodach
Zasilany baterią WCBD		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/>	WCHC – Pasażer nie jest w stanie chodzić
Potrzebny ambulans		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<i>organizacja ambulansu nie stoi po stronie linii lotniczych</i>	
Dane firmy zapewniającej ambulans					
Potrzebny tlen podczas lotu		<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK		


<sup>1</sup> należy podać odpowiednio M – mężczyzna, K - kobieta

	<b>FORMULARZ MEDIF</b>	<i>Enter Air Sp. z o.o. ul. 17 Stycznia 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl</i>
<b>ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI</b>		
<b>ZALĄCZNIK A (wskazówki obsługi dla pasażerów linii lotniczych) Część 2</b>		


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

	<b>FORMULARZ MEDIF</b>	Enter Air Sp. z o.o. ul. 17 Stycznia 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl
<b>ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI</b>		
<b>ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 1 A</b>		
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 <b>poufny</b> . 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	
<b>Diagnoza</b> (daty bieżące leczenia, początek choroby, wypadku, leczenia; należy określić czy choroba jest zakaźna)  Proszę wskazać rodzaj i naturę każdego z ostatnich badań i zabiegów				
<b>Obecne objawy i ich dotkliwość</b>				
<b>Czy zmniejszenie otaczającego cząstkowego ciśnienia tlenu o 25 - 30% (względne niedotlenienie) wpłynie na stan zdrowia pacjenta?</b> (Ciśnienie w kabinie jest odpowiednikiem szybkiej podróży górskiej na wysokość 2400 metrów (8000 stóp) nad poziomem morza)				
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> BRAK WIEDZY				
<b>Dodatkowe informacje kliniczne</b>				
	<b>1. Anemia</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeżeli TAK, poziom hemoglobiny w gramach	
	<b>2. Zaburzenia psychiczne, napady drgawek</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeżeli TAK, wypełnij Część Drugą	
	<b>3. Problemy kardiologiczne</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeżeli TAK, wypełnij Część Drugą	

	<b>FORMULARZ MEDIF</b>	<i>Enter Air Sp. z o.o. ul. 17 Stycznia 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl</i>
<b>ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI</b>		
<b>ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 1 B</b>		

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

	<b>FORMULARZ MEDIF</b>	<i>Enter Air Sp. z o.o.          ul. 17 Stycznia 74          02-146 Warszawa          Tel.: +48 22 355 15 70          Fax: +48 22 322 57 57          enterair@enterair.pl</i>
<b>ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW          WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI</b>		
<b>ZALĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 2 A</b>		

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

	<b>FORMULARZ MEDIF</b>	<i>Enter Air Sp. z o.o. ul. 17 Stycznia 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl</i>
<b>ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI</b>		
<b>ZALĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 2 B</b>		

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

*Jeżeli TAK, proszę podać datę*

	<b>FORMULARZ MEDIF</b>	<i>Enter Air Sp. z o.o. ul. 17 Stycznia 74 02-146 Warszawa Tel.: +48 22 355 15 70 Fax: +48 22 322 57 57 enterair@enterair.pl</i>
<b>ARKUSZ INFORMACYJNY DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNEJ OPIEKI</b>		
<b>ZAŁĄCZNIK B (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego) Część 2 C</b>		

<b>Napady padaczkowe</b>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<b>1. Jakie są typy napadów?</b>		
	<b>2. Jaka jest częstotliwość napadów?</b>		
	<b>3. Kiedy miał miejsce ostatni atak?</b>		
	<b>4. Czy pasażer jest leczony?</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Jaka jest kondycja pasażera przed podróżą?</b>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Podpis lekarza (czytelnie)</b>		<b>Data</b>	

---

**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.*
- *Oplaty (o ile są wymagane) dotyczące wybranych świadczeń zapewnionych przez przewoźnika lotniczego są ponoszone przez pasażera.*