



MEDIF – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGENS AÉREAS

CHE 0411-01/ANAC
CHETA 2006-12-OVRN-01-00

IATA - Resolução 700 Anexo A – Folha a ser preenchida pelo passageiro (a) ou responsável legal

1. Nome completo _____ Idade _____

2. Localizador _____ 3. Itinerário previsto _____

4. Motivo da viagem: Turismo ou Negócio Tratamento Médico Transferência Interhospitalar

5. Necessita de maca a bordo Sim Não Caso afirmativo obrigatório a presença de acompanhante.

Nome acompanhante _____ Profissão* _____ Idade _____

*Se Médico ou Enfermeiro informar CRM-UF _____ ou COREN-UF _____ (Anexar cópia do documento).

7. Necessita cadeira de rodas Sim Não **Própria** Sim Não

Motorizada Sim Não Tipo de Bateria Seca Líquida (Bateria líquida é considerada "carga perigosa")

8. Necessita de Ambulância Sim Não (Passageiro é responsável pela contratação dos serviços de transferência para o Embarque e/ou Desembarque / De-Para a ambulância / De- Para a Aeronave)

9. Outras necessidades em solo Sim Não

Caso afirmativo, quais? _____

10. Equipamentos e Necessidades especiais a bordo (sujeito a cobrança adicional) Sim Não

Especifique equipamento (cinto especial, cadeira de criança, oxigênio a bordo) _____

Especifique serviços especiais (assento extra, extensor de cinto) _____

11. Acompanhante Sim Não

Nome acompanhante _____ Localizador _____

12. Declaração do passageiro

Autorizo o Dr(a) _____ (médico nomeado e CRM-UF)

a prestar informações, preencher a MEDIF emitir relatórios adicionais quando solicitados para o propósito indicado, e em consideração, libero- o de seu dever de confidencialidade com respeito a estas informações, e estou de acordo em cumprir com os honorários do mesmo, caso necessário.

Nota1: Suprimentos especiais, como oxigênio, maca, requerem sempre o preenchimento completo de MEDIF e o envio com antecedência mínima de 72 horas para análise do departamento médico da companhia aérea, estando o embarque do passageiro sujeito à autorização deste.

Nota2: Se o transporte for aceito, taxas, quando necessárias, relevantes para a providência dos equipamentos ou necessidades acima mencionadas devem ser pagas pelo passageiro. Concordo em reembolsar o transportador, se solicitado, por qualquer despesa especial proveniente da minha viagem.

Eu aceito que a transportadora pode negar o meu embarque se a minha condição for incompatível com os dados fornecidos ou se meu transporte possa pôr em perigo os outros passageiros, a operação de voo ou a minha própria saúde. Eu libero a transportadora e seus funcionários de qualquer responsabilidade em relação a quaisquer consequências para o meu estado de saúde durante ou por consequência do transporte aéreo.

Nota Importante: Não serão reembolsados os valores pagos em caso de não comparecimento do passageiro sem cancelamento prévio com reserva de maca e/ou oxigênio.

Local _____ Data _____ Assinatura do passageiro(a) ou responsável _____



MEDIF - FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGENS AÉREAS

CHE 0411-01/ANAC
CHETA 2006-12-OVRN-01-00

IATA - Resolução 700 Anexo B - Parte Um – Folha a ser preenchida pelo médico (a)

1. Nome completo do paciente _____ Idade _____

2. Diagnóstico (s)(data do início da doença, episódio ou acidente, evolução clínica e tratamento)

3. Sinais vitais obrigatórios: PA _____ FC _____ FR _____ TEMP _____

4. Informações clínicas adicionais

Anemia Sim Não Caso afirmativo, anexar hemograma recente (validade máxima de 10 dias)

Cirurgia recente Sim Não Caso afirmativo, qual cirurgia e data _____

Imobilização Sim Não Caso afirmativo, que tipo de imobilização e data _____

5. Acompanhante

O paciente é capaz de viajar desacompanhado? Sim Não

Caso negativo, o acompanhante é devidamente capacitado para atender todas as necessidades a bordo? Sim Não

É necessário o paciente viajar com um profissional da saúde? Sim Não

6. Mobilidade

É necessário cadeira de rodas para embarque? Sim Não

Tipo de cadeira: WCHR _____ (paciente sobe escada/anda na cabine) WCHS _____ (não sobe escada/anda na cabine) WCHC _____ (imóvel)

7. O paciente pode usar o assento da aeronave na posição VERTICAL quando necessário? Sim Não

8. O paciente pode ficar sentado na poltrona da aeronave com os joelhos fletidos? Sim Não

9. Necessita de MACA A BORDO? Sim Não Caso afirmativo, informe o peso do paciente _____ Kg

10. Lista de Medicamentos em uso

11. Outras informações médicas _____

Assinatura e carimbo do médico(a) autorizado(a) pelo paciente _____ Data _____

IATA - Resolução 700 Anexo B - Parte Dois - Folha a ser preenchida pelo médico (a)**1. Doença Cardiovascular** Sim Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico (s) e condição clínica atual

2. Doença Pulmonar Sim Não

Caso afirmativo, indicar diagnóstico (s), condição clínica atual e anexar Hemograma e Gasometria arterial recentes (validade máxima de 10 dias).

Indicar qual volume de oxigênio foi colhido a gasometria ar ambiente _____ Litros/minuto

3. Há necessidade de oxigênio a bordo? Sim Não**4. Faz uso de oxigênio em solo?** Sim Não

Caso afirmativo, Informar qual volume _____ Litros/minuto

Obs: O oxigênio a bordo é fornecido apenas de maneira contínua.

5. Convulsões Sim Não

Caso afirmativo, data da última crise convulsiva? _____

São bem controladas por medicação? Sim Não**6. Hospitalização recente** Sim Não Data da alta _____As seguintes condições são consideradas **INACEITÁVEIS** para viagem aérea.

- Anemia severa. (Hb \leq 8,5 g/dL)
- Doença em fase aguda, infecciosa, infectocontagiosa ou de Notificação Compulsória.
- Insuficiência Cardíaca Congestiva ou outras doenças cianóticas não totalmente controladas.
- Infarto Agudo do Miocárdio, com menos de 6 (seis) semanas.
- Doença respiratória grave ou Pneumotórax recente
- Lesões gastrointestinais que possam causar hematêmese, melena ou obstrução intestinal.
- Pos-operatórios recentes - Incluindo plásticas: (10 (dez) dias para cirurgias abdominais simples e 21(vinte e um) dias para cirurgias torácicas ou oculares invasivas (exceto laser) .
- Doença mental instável sem acompanhante e medicação apropriada para a viagem.
- Convulsões sem controle (a menos que esteja viajando com acompanhante médico).
- Fratura de mandíbula com fixação da mesma (exceto com acompanhamento médico).
- Introdução recente de ar em cavidade do corpo para fim diagnóstico ou terapêutico considerar mínimo 7 (sete) dias.
- Gestantes com mais de 36 semanas ou gestações multiplas com mais de 32 semanas.
- Crianças com menos de 7 (sete) dias de vida.
- Casos severos de otites e sinusites.
- Fraturas: Com presença de imobilização gessada de até 48 horas da colocação.

A lista acima não é definitiva nem única e cada caso será avaliado clinicamente de forma individual segundo as circunstâncias.

Assinatura e carimbo do médico(a) autorizado(a) pelo paciente Data