

A ser preenchido pelo **Passageiro ou Responsável Legal**. Responder **TODAS** as questões.
Preencher com **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**.

1. Nome e Sobrenome:

Masculino Feminino Idade:

Endereço residencial:

E-mail (passageiro / responsável): Tel. passageiro (DDD)

2. Registro do nome do passageiro (LOCALIZADOR):

3. Itinerário previsto:

Empresa(s), Número do(s) Voo(s):

Classe(s), data(s), trecho(s), situação da reserva:

Propósito da Viagem Trabalho Lazer Tratamento Médico Outros

4. Natureza da incapacidade ou doença:

5. Necessita de maca a bordo? Sim Não

6. Todos os casos de maca devem ter obrigatoriamente acompanhante, identificado a seguir:

Nome acompanhante: Profissão: Idade:

Localizador (se diferente): Médico: Sim Não

7. Necessita cadeira de rodas? Sim Não Se sim, o passageiro:

WCHR (sobe escada/anda na cabine) **WCHS** (não sobe escada/anda na cabine) **WCHC** (Imóvel)

Cadeira de Rodas: Própria? Sim Não Dobrável? Sim Não Motorizada? Sim Não

Tipo de Bateria Seca Líquida* **Bateria Líquida é considerada "carga perigosa".*

8. Necessita de Ambulância? Sim Não

O passageiro é responsável pela contratação dos serviços de transferência para: **o Embarque e/ou Desembarque / De - Para a ambulância / De - Para a Aeronave**. Se sim, especifique o nome da Empresa de Ambulância contratada, número de telefone e contato. Indicar o endereço de destino

9. Acompanhante / auxiliar atendente para necessidades básicas a bordo Sim Não

Em caso positivo, indicar o nome e contato:

Em caso de deficientes visuais e/ou auditivos, especificar se estará acompanhado por cão guia. Sim Não

10. Outras necessidades em solo? Sim Não

Se sim, especificar que outros serviços são necessários:

Aeroporto de Partida Aeroporto de Conexão

Aeroporto de Destino

11. Serviços especiais a bordo? Sim Não

Se sim, especificar (refeição especial, assento extra, cinto especial, outras necessidades):

Indique equipamentos (Oxigênio, maca, etc):

Indique serviços especiais contratados e o responsável pelas despesas:

12. Possui FREMEC válido para a viagem? Sim Não

Especifique o número do FREMEC: Válido até / /

Estou ciente que, se aceito a viajar, fico sujeito às condições gerais de transporte e tarifas do transportador e que este não assumirá outra responsabilidade especial além daquela estabelecida em sua atividade fim. Declaro estar preparado e ciente em assumir os riscos e as consequências que uma viagem aérea possa vir acarretar a meu estado de saúde, informado por mim. Autorizo ao médico assistente a fornecer à Avianca todas as informações solicitadas por seu departamento médico com o objetivo de confirmar que me encontro em condições de saúde satisfatória para viagem aérea em cabine pressurizada. Por isso, isento o sigilo médico. Concordo em assumir despesas providas deste atendimento especializado em caso agravamento do meu estado de saúde e desde já exonero de qualquer reponsabilidade atrtransportadora, funcionários, servidores terceirizados e agentes no que diz respeito a essa consequência. Concordo em reembolsar a companhia aérea por qualquer despesa extraordinária proveniente da minha viagem.

Local: Data: / / Assinatura do Passageir

CONFIDENCIAL

A ser preenchido pelo **médico autorizado**. Responder **TODAS** as questões.
Preencher com **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**. **Dar respostas precisas.**

1. Nome do Paciente:

Data de nascimento / / Sexo Fem Mas Altura Peso

Contato: Tel. do passageiro: E-mail:

2. Médico Autorizado:

E-mail: CRM

Telefone (celular / cód. País e Cidade): Fax (cód. País e Cidade):

Telefone do consultório:

3. Diagnóstico Principal e Patologias Associadas (incluindo data do início da doença, episódio ou acidente e tratamento, especificar se contagioso):

.....

Fraturas? Sim Não // Tipo de Tratamento conservador / imobilização // cirurgia Data cirurgia: / /

Natureza e data de qualquer cirurgia recente (independente do porte):

Portador de Doença Contagiosa e Transmissível? Sim Não Especifique:

4. Sinais e sintomas atuais. (Especificar severidade – sinais vitais obrigatórios):

.....

A condição da doença está: Resolvida? Sim Não

Estável ou controlada? Sim Não

Recuperação sem complicações (cirurgia)? Sim Não

Prognóstico para Viagem? Bom Regular Mau

5. Pode uma redução de 25% a 30% na pressão parcial do Oxigênio ambiente (Hipóxia relativa) afetar a condição médica do paciente (A pressão da cabine passa a ser o equivalente a uma viagem rápida a uma montanha na altitude de 2400m(8000 pés) acima do nível do mar)
Sim Não

6. Informações clínicas adicionais:

a. Anemia Sim Não Se sim, enviar resultado recente de hemoglobina

b. Transtorno psiquiátrico / convulsões Sim Não Se sim, veja parte 2.

c. Doença cardiovascular Sim Não Se sim, veja parte 2.

d. Controle vesical normal Sim Não Se não, indique a forma de controle

e. Controle intestinal normal Sim Não

f. Faz diálise? Sim Não Se sim, qual o tipo?

g. Doença respiratória Sim Não Se sim, veja parte 2.

h. Faz uso de oxigênio em casa? Sim Não Se sim, Contínuo Intermitente LPM.

Informações Adicionais:

Se sim, quais providências foram tomadas para fornecer oxigênio no(s) aeroporto(s) (Embarque / Conexões / Desembarque)?

i. Necessidade de oxigênio a bordo? Sim Não Se sim, especifique (de 2LPM a 8LPM) LPM.

Fluxo contínuo? Sim Não

7. Acompanhante:

a. O paciente é capaz de viajar desacompanhado?

 Sim Não

b. Se não, seria um atendente ou auxiliar no aeroporto (fornecido pela companhia aérea para embarcar e desembarcar) suficiente?

 Sim Não

c. Se não, o paciente possui um acompanhante para cuidá-lo em suas necessidades de higiene pessoal e alimentação a bordo?

 Sim Não

d. Se sim, quem deverá acompanhar o paciente?

 Médico Enfermeiro Outro

e. Se outro, está o acompanhante devidamente treinado para atender todas as necessidades citadas?

 Sim Não**8. Mobilidade**

b. Necessária cadeira de rodas para embarque?

 Sim Não Se sim, até a aeronave // até o assentoc. O paciente pode usar o assento da aeronave na posição VERTICAL quando necessário? Sim Não

d. Pode dobrar a perna na altura do Joelho?

 Sim Não

e. Pode dobrar a perna na altura do Quadril?

 Sim Não

f. Necessita de MACA A BORDO?

 Sim Não

g. Consegue sustentar a cabeça na decolagem e pouso?

 Sim Não

h. Consegue sustentar o tronco na poltrona?

 Sim Nãoi. Necessita de equipamentos de suporte adicional tais como cinto, colete cervical ou outros? Sim Não

Especifique:

9. Lista de Medicamentos em Uso:Necessita que seja administrada alguma medicação que deva ser manipulada por outra pessoa no aeroporto ou durante a viagem? Sim Não Especifique**10. Outras informações médicas:****Hospitalização?** Data da entrada ___ / ___ / ___ Data da alta ___ / ___ / ___ HospitalNecessita de hospitalização após o desembarque? Sim Não Especifique:Durante longas esperas ou pernoite no trecho da rota? Sim Não

Outras informações ou sugestões que proporcionem ao seu paciente um transporte suave e confortável

Especifique:

Nota: Os comissários não estão autorizados a dar assistência especial a passageiros em particular, em detrimento do serviço a outros passageiros. Adicionalmente eles são treinados apenas para prestar Primeiros Socorros e não lhes é permitido aplicar injeções, ou dar medicação.

CONFIDENCIAL

A ser preenchido pelo **médico autorizado**. Responder **TODAS** as questões. Preencher com **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**. Dar respostas precisas.

1. Doença Cardiovascular:

- A. Angina Sim Não Data do último episódio:/...../.....
- A condição atual é estável? Sim Não
 - Classificação funcional do paciente:
 Assintomático // Angina aos grandes esforços // Angina aos pequenos esforços // Angina no repouso
 - Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? Sim Não
- B. Infarto do miocárdio Sim Não Data: / /
- Complicações? Sim Não Se sim, informe detalhadamente
 - Realizou teste ergométrico? Sim Não Se sim, reporte o resultado
 - Se foi submetido a angioplastia ou ponte miocárdica, o paciente consegue caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? Sim Não
- C. Insuficiência cardíaca Sim Não Data do último episódio: / /
- O paciente está controlado com medicação? Sim Não
 - Classificação funcional do paciente:
 Assintomático // Dispneia aos grandes esforços // Dispneia aos pequenos esforços // Dispneia no repouso
 - Investigada? Sim Não Se sim, reporte o resultado:

2. Doença Pulmonar crônica? Sim Não

- a. O paciente tem exames de gasometria recente? Sim Não
- b. Gasometria foi colhida em: Ar ambiente Oxigênio LPM
 Se sim, reporte o resultado: pCO2 pO2 Saturação Data do exame / /
- c. O paciente retém CO2? Sim Não
- d. Recentemente teve uma piora de sua condição pulmonar? Sim Não
- e. Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10-12 degraus sem sintomas? Sim Não
- f. O paciente já viajou em avião comercial nestas mesmas condições? Sim Não
- Se sim, quando? Data: / /
 - Apresentou algum problema? Se sim, qual?

3. Doença Psiquiátrica? Sim Não

- a. Existe a possibilidade do paciente apresente agitação durante o voo? Sim Não
- b. O Paciente já viajou em avião comercial antes? Sim Não
- Se sim, data da viagem / / O paciente viajou Sozinho Acompanhado.

4. Convulsões? Sim Não

- a. Que tipo de convulsões?
- b. Frequência das convulsões?
- c. Data da última crise convulsiva / /

A convulsão é controlada por medicação? Sim Não Qual:

5. Prognóstico para viagem Bom Regular Ruim

Assinatura e carimbo do Médico:

Data: / /

Nota1: Tripulação não está autorizada a dar assistência especial (e.x. carregar / levantar) para um passageiro de forma particular em detrimento do seu serviço aos outros passageiros. Adicionalmente, é treinada apenas em primeiros socorros e não está autorizada a aplicar ou fornecer qualquer medicação.

Nota2: Caso o passageiro seja aceito, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessárias para segurança e conforto do mesmo.

INFORMAÇÕES PARA ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE OU AUTORIZADO

Toda informação fornecida pelos médicos da companhia aérea tem o propósito de informar a situação a bordo de uma cabine pressurizada.

Os principais fatores a serem considerados quando se avalia a aptidão de um paciente para o transporte aéreo são os efeitos das variações da pressão atmosférica (a expansão e contração dos gases podem causar dor e efeitos de pressão). Durante o voo há conseqüentemente uma redução da tensão de oxigênio (equivalente à altitude de 8.000 pés, e a pressão parcial do oxigênio é em torno de 20% menor que no solo).

As seguintes condições são consideradas **INACEITÁVEIS** para viagem aérea:

- ✓ Anemia severa.
- ✓ 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 hematemese, melena ou obstrução intestinal.
- ✓ Pós-operatórios recentes - Incluindo plásticas: 10 (dez) dias para cirurgias abdominais simples, 14 (quatorze) dias para cirurgias torácicas, 7 (sete) dias oculares invasivas (exceto laser).
- ✓ Doença mental instável sem acompanhante médico 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 com menos de 5 (cinco) dias.
- ✓ Gestantes com mais de 36 semanas ou gestações múltiplas com mais de 32 semanas.
- ✓ Crianças com menos de 7 (sete) dias de vida.
- ✓ Casos severos de otites e sinusites.

Outros problemas de saúde que devem também ser observados

- ✓ Alergias: É necessário preencher um formulário MEDIF se o seu paciente tiver uma alergia alimentar letal que possa exigir tratamento a bordo. A Avianca S/A não pode garantir o fornecimento de alimentos livres de alérgenos.
- ✓ Asma: A medicação normalmente usada deve ser carregada na bagagem de mão. Os nebulizadores precisam ter fonte de energia própria.
- ✓ Fraturas: Em todos os casos deve haver formulário MEDIF preenchido. As imobilizações gessadas devem ser colocadas com no mínimo 48 horas de antecedência ao início da viagem do passageiro. Os passageiros viajando com um gesso de perna inteira não poderão acomodar-se apropriadamente nos assentos das aeronaves, assim como não há espaço extra para a suspensão da perna imobilizada. Neste caso deverá observar-se a necessidade de transporte em maca, depende da avaliação da equipe médica Avianca.
- ✓ Caso a fratura seja recente, menos de 48 horas, poderá ocorrer edema durante o voo com possíveis complicações vasculares, devendo neste caso, o médico assistente avaliar a possibilidade e realizar o procedimento de rompimento do gesso, evitando complicações posteriores, condição que será necessária para a autorização do embarque. Fratura de grandes ossos podem levar à anemia. Hemoglobina menor que 9,5 g/dl não poderá embarcar.
- ✓ Doença Pulmonar ou Cardíaca: Doença cardiopulmonar que provoque dispneia em médios esforços, ou que provoque a necessidade de uso de oxigênio em hospital, ou em viagens aéreas anteriores, pode exigir oxigênio suplementar. O oxigênio da aeronave é para o uso unicamente de emergências.
- ✓ Caso haja necessidade do uso de oxigênio suplementar e/ou transporte em maca, devem além do preenchimento da MEDIF, anexar ao atestado médico um prontuário médico detalhado recente* (No caso de oxigênio suplementar deverá constar: Saturação de O² em ar ambiente e Hb recente).
- ✓ Doença Terminal: Os passageiros em estágios avançados de doenças terminais normalmente exigem um acompanhante médico ou de enfermagem.

Considerações gerais

- ✓ MMEDIF deve ser completado baseado nas condições físicas do paciente dentro do prazo máximo de 14 (quatorze) dias anteriores à data do embarque. (NÃO SE APLICA A GESTANTES).
- ✓ Cuidados a bordo: A tripulação de cabine possui treinamento apenas em primeiros socorros, portanto não fornecemos comissários enfermeiros para passageiros que necessitem de atendimento.
- ✓ Acompanhantes: Devem certificar-se de que possuem todos os objetos apropriados para o devido cuidado do paciente, e que são responsáveis pela satisfação em todos os aspectos das necessidades físicas de seu paciente. Devido a regulamentos relacionados ao manuseio de alimentos e outros, a tripulação de cabine não pode atender a essas necessidades.
- ✓ As autoridades de aviação civil divulgam diretrizes para os médicos avaliarem se os pacientes possuem condições físicas para voar. A análise por parte do departamento médico responsável está baseada nessas diretrizes.

Declaro que li e entendi o Formulário MEDIF.

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: _____ Local: _____
 Data: / /