

MEDIF

Formulário standar de información médica para el viaje aéreo

Responda TODAS as perguntas. Marque uma cruz (X) nas caixas "SIM" ou "NÃO".
Use **LETRA DE FORMA**.

PARTE 1ª

Para ser preenchida pelo passageiro

A	Nome do passageiro				Idade	
Seguro de viagem / Número do seguro de viagem						
B	Itinerário proposto	De	Para	Data	PNR (Cód reserva)	As transferências de um voo para outro requerem um tempo de conexão MAIS LONGO
C	Escritório ou agência				Telefone	
D	Você precisa de uma cadeira de rodas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pode se movimentar sozinho por curtas distâncias?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Os passageiros que viajam em suas próprias cadeiras de rodas com baterias devem revisar os requisitos para o transporte de mercadorias perigosas em www.latamairlines.com	
E	PROPOSTA DE ACOMPANHANTE: Nome, sexo, idade, profissão e ocupação, segmentos de voo se forem diferentes dos do passageiro, no caso de pessoa não qualificada, anote: ACOMPANHANTE DE VIAGEM				No caso de passageiros com deficiência visual ou auditiva, indique se viajam com cão-guia	
	Se estiver viajando sozinho, indique a pessoa de contato, nome e número de telefone					
F	São necessários outros preparativos em terra?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique		
	Se você responder SIM, especifique (a) Acordo com a companhia aérea ou outra organização, (b) Quem cobre as despesas e (c) número (s) de telefone e endereços onde for necessário, ou qualquer pessoa em particular designada para ajudar ao passageiro.		(a) _____			
			(b) _____			
		(c) _____				
G	Requisitos especiais de voo, como assento extra (apenas assento adjacente), comida especial (apenas em voos onde estiver disponível)		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique		

Declaração do passageiro

Autorizo o DR. _____ a fornecer ao grupo LATAM as informações solicitadas por seus departamentos médicos a fim de determinar minha aptidão para o transporte aéreo e, conseqüentemente, isento o médico de suas obrigações éticas a esse respeito e concordo em pagar a esse médico os respectivos honorários.

Estou ciente de que caso o transporte seja aceito, a minha viagem está sujeita às condições gerais de transporte e taxas da transportadora e que o transportador não assume qualquer responsabilidade que ultrapasse estas condições e taxas.

Assumo a responsabilidade por minha própria conta e risco por qualquer consequência que o transporte aéreo possa ter no meu estado de saúde e isento a transportadora, seus funcionários e agente de qualquer responsabilidade por tais consequências, especialmente (mas não limitado a) no caso de despesas decorrentes de consequências médicas no meu estado de saúde derivadas de condições preexistentes. Também isento a transportadora de qualquer responsabilidade em relação a qualquer despesa que deva fazer em relação ao meu estado de saúde se um voo for cancelado ou atrasado por motivos de segurança ou força maior. Concordo em reembolsar a transportadora mediante solicitação por quaisquer despesas ou custos especiais relacionados com o meu transporte.

Aceito que a companhia aérea possa me negar o embarque se minha condição não corresponder aos dados fornecidos ou se meu embarque puder colocar em risco minha saúde ou a de outros passageiros ou as operações de voo.

IMPORTANTE

Quando necessário, deve ser lido pelo passageiro, assinado por ele ou em seu nome

Lugar

Data

Assinatura do passageiro

Telefone de contato

O objetivo deste formulário é fornecer as informações necessárias para permitir que os departamentos médicos das companhias aéreas avaliem as condições do passageiro para realizar a viagem. Se o passageiro for aceito, esta informação permitirá que sejam fornecidas as instruções necessárias para proporcionar ao passageiro o máximo de bem-estar e conforto. O médico responsável deverá responder a todas as questões, assinalando com uma cruz (X) no respectivo espaço "SIM" ou "NÃO" e/ou dando respostas concisas e precisas.

Recomendamos preencher o formulário usando letra de forma.

2ª PARTE

A ser preenchida pelo médico responsável pelo tratamento

Este formulário deve ser preenchido pelo menos 10 dias antes da partida do voo e enviado à companhia até 48 horas antes da viagem para o e-mail: ssee_medif@sac.latam.com

A ser preenchido pelo MÉDICO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO e enviado em formato PDF

MEDA 01 Informações do passageiro	Nome completo		Data de nascimento	
	Sexo	Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	Idade	
MEDA 02 Dados do médico	Nome do médico responsável			
	RUT / ID / DNI / CRM		Telefone de contato	
	Especialidade médica		email	
MEDA 03 Diagnóstico e histórico	Diagnóstico principal		Comorbidades	
	Cirurgias prévias		Especifique	
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
MEDA 04 Riscos durante a viagem	Data:			
	O passageiro está em condições de viajar de avião? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Risco: Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Não é recomendado voar <input type="checkbox"/>	
MEDA 05	Tem alguma doença contagiosa/infecciosa no momento da viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
	Especifique			
MEDA 06	Controle do esfíncter? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Especifique	
MEDA 07	Transtorno de saúde mental? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Especifique	
	O quadro clínico do paciente está controlado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Medicações em uso:	
MEDA 08 Autonomia	O passageiro tem autonomia durante a viagem para:			
	Entender as instruções de segurança: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Comer: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ir ao banheiro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
MEDA 09 Acompanhante	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especifique Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Paramédico <input type="checkbox"/> Outros:			
	<i>O acompanhante deve ser física e mentalmente capaz de lidar com o ambiente da cabine da aeronave, bem como prestar assistência ao passageiro em caso de emergência ou atendimento (alimentação/fisiológico)</i>			
MEDA 10	Transtornos pulmonares? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Especifique	
	Precisa usar oxigênio durante o voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Retentor de CO2? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Viaja com seu próprio concentrador de oxigênio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Especifique	
	Quantidade de fluxo L/minuto	Duração da bateria	Modelo / Marca / Selo	
MEDA 11	Insuficiência cardíaca? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Fração de ejeção: Data:	
	Classe funcional: Dispneia aos pequenos esforços moderada <input type="checkbox"/> e grandes esforços <input type="checkbox"/>			
	Angina? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Último episódio:		IAM prévio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Data:	
MEDA 12	¿Epilepsia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Último episódio:		¿Síncope? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Último episódio:	
	Acidente vascular cerebral? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sequelas: Data:	
MEDA 13	Deficiência visual/auditiva? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Especifique	

MEDA 14	¿Anemia?	Último Hb/Ht:	Data:
MEDA 15	Comida especial? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique	
MEDA 16	¿Alergias? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique	
MEDA 17	Remédios de uso contínuo:		
MEDA 18	Você usa anticoagulantes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique <i>Viagens de mais de 3 horas: No caso de coagulopatia e/ou histórico de trombose, arritmias cardíacas, fraturas, etc.</i>	
MEDA 19	Requer hospitalização/ambulância no destino Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Você consegue sentar-se ereto durante o voo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Você precisa de uma maca? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Os joelhos podem ficar dobrados durante a viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Você consegue flexionar a cintura durante a viagem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Você precisa de uma cadeira de rodas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	<p><i>WCHR Precisa de auxílio no terminal para ir ao portão de embarque, com uso de cadeira de rodas ou similar, quando os passageiros estiverem embarcando/desembarcando pela rampa de acesso. Não requer auxílio para subir e descer do ônibus e/ou das escadas para entrar na aeronave, sentar ou levantar do assento do vaso sanitário e para se alimentar.</i></p> <p><i>WCHS Incapaz de usar a rampa de ônibus e requer auxílio no embarque e desembarque (por exemplo, nas escadas de acesso ao avião). Não precisa de ajuda para sentar ou se levantar do assento da cabine, do banheiro e para se alimentar.</i></p> <p><i>WCHC Requer toda a assistência, incluindo entrar ou sair do assento da cabine, banheiro e, possivelmente, para se alimentar.</i></p>		

Informação importante:

- O passageiro deve fornecer os concentradores de oxigênio e suas baterias, e o modelo deve estar aprovado pelas autoridades aeronáuticas.
- A LATAM não fornece soro fisiológico.
- A companhia pode estabelecer condições ou recusar o transporte do passageiro se as informações prestadas neste formulário sugerirem que pode haver riscos para a saúde do passageiro e dos demais, e também se o formulário não apresentar o estado de saúde atual do passageiro ao momento de embarcar. Saiba mais sobre os termos e condições em www.latam.com na seção: Informações para sua viagem.

O médico responsável pela assinatura, DR. _____ declara que as condições do paciente permitem que ele viaje de avião tomando os cuidados descritos acima, sem colocar em risco sua condição em consequência direta do voo.

ESTA SEÇÃO É PARA USO EXCLUSIVO DA EQUIPE DE SAÚDE AEROESPACIAL DA LATAM:

FREMEC

É elegível? Sim
Não

Validade:

O viajante frequente que possua quadro clínico estável e que já tenha sido inicialmente autorizado pela equipe médica poderá ser elegível para se cadastrar automaticamente no FREMEC, sem precisar de novas autorizações médicas nem processar novo MEDIF para outras viagens dentro do prazo de validade aprovado pela área médica da companhia aérea.