

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Szczególnej Opieki

Załącznik A (Wskazówki obsługi dla pracowników linii lotniczych)

IATA Resolution 700 Attachment A

1	Imię i nazwisko Pasażera	Tytuł	Wiek	Płeć	
2	Numer rezerwacji Pasażera (PNR)				
3	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data	Klasa
	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data	Klasa
4	Diagnoza lub inny powód wymaganej pomocy (np. kobieta powyżej 32 tygodnia ciąży; niemowlę do 7 dnia życia, pasażer wymagający dodatkowego tlenu itd.)				
5	Czy jest potrzeba użycia noszy na pokładzie? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Uwaga: Obowiązuje specjalna opłata za przewóz noszy. Nie wszystkie samoloty są przystosowane do przewożenia noszy na pokładzie.				
6	Wymagana asysta podczas podróży? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Kwalifikacje medyczne <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> lekarz Imię i nazwisko _____ PNR (jeśli inny) _____				
7	Potrzebny wózek inwalidzki? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Wózek inwalidzki należący do pasażera: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK z bateriami zabezpieczonymi przed wyciekami WCBBD <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK z bateriami nie zabezpieczonymi przed wyciekami WCBW <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK z bateriami litowo-jonowymi WCLB <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK napędzany manualnie WCMP <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK pokładowy WCOB (dot. tylko B787) <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w pełni składany MEQT <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Uwaga: 1) MEQT - w pełni składany wózek inwalidzki należący do pasażera, który można umieścić na pokładzie B787 na trasach do/z USA. 2) W przypadku wózków zasilanych bateriami, okablowanie elektryczne musi zostać przez właściciela zabezpieczone i odizolowane w celu uniknięcia przypadkowych zwarc.				
8	Potrzebny amublans? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		Uwaga: Organizacja ambulansu stoi po stronie pasażera, ubezpieczyciela itp.		
	Podaj dane kontaktowe firmy zapewniającej ambulans _____				
9	Pasażer posiada własny koncentrator tlenu? (POC) <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Marka i model POC: _____ Specyfikacje techniczne POC rozmiar (L/W/H cm): _____ waga (kg): _____ inne: _____ ilość baterii: _____ parametry baterii w watogodzinach (Wh) lub: _____ w voltach (V) i amperogodzinach (Ah): _____				
10	Potrzebny tlen podczas lotu? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK, wskaż <input type="checkbox"/> 2 LPM <input type="checkbox"/> 4 LPM Inne: _____				
	Inne udogodnienia na lotnisku <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK, wskaż: _____ Lotnisko wylotu _____ Lotnisko tranzytowe _____ Lotnisko docelowe _____				
11	Specjalne udogodnienia na pokładzie? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli TAK, wskaż rodzaj udogodnień (specjalny posiłek, dodatkowe miejsce, dodatkowa przestrzeń na nogi itd.)				
	Wskaż potrzebny sprzęt (respirator, inkubator, tlen itp.) i jego specyfikacje techniczne (rozmiar, waga, parametry baterii itd.)				
	Podaj firmę organizującą oraz kto pokrywa koszty				
12	Data ostatniego badania lekarskiego (Przeprowadzone nie później niż dwa tygodnie przed datą planowanego wylotu)				

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

Załącznik B Część Pierwsza (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego)

IATA Resolution 700 Attachment B

Formularz zapewnia ścisłą **POUFNOŚĆ**, zbierane informacje mają na celu ocenę stanu zdrowia pasażera i dopuszczenie do podróży. Jeśli Pasażer zostanie dopuszczony do podróży, zebrane informacje pozwolą na wydanie niezbędnych decyzji mających na celu realizację potrzeb Pasażera oraz zapewnienie komfortu podczas lotu. LEKARZ PROWADZĄCY pacjenta jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w formularzu.

13	Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Płeć	Wzrost	Waga
14	Lekarz prowadzący		e-mail		
	Adres		Telefon (wraz z numerem kierunkowym kraju)		
15	Diagnoza (w tym daty bieżące leczenia, początku choroby, wypadku, leczenia, należy sprecyzować czy jest to choroba zakaźna)				
	Proszę wskazać rodzaj i naturę każdego z ostatnich badań oraz zabiegów				
16	Obecne objawy i ich dotkliwość				
17	Czy zmniejszenie otaczającego cząstkowego ciśnienia tlenu o 25-30% (względne niedotlenienie) wpłynie na stan zdrowia pacjenta? (Ciśnienie w kabinie jest odpowiednikiem szybkiej podróży górskiej na wysokość 2400 metrów (8000 stóp) nad poziomem morza) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Brak pewności <input type="checkbox"/>				
18	Dodatkowe informacje kliniczne				
	a. Anemia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, poziom hemoglobiny w gramach <input style="background-color: #f5f5dc;" type="text"/>		
	b. Zaburzenia psychiczne, napady drgawek	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, zobacz część DRUGĄ		
	c. Problemy kardiologiczne	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, zobacz część DRUGĄ		
	d. Problem z kontrolą oddawania moczu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, podaj sposób zapobiegania <input style="background-color: #f5f5dc;" type="text"/>		
	e. Problem z kontrolą wypróżnienia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
	f. Problemy oddechowe	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, zobacz część DRUGĄ		
	g. Czy pacjent używa tlenu w domu?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, wskaż ile <input style="background-color: #f5f5dc;" type="text"/>		
19	Asysta				
	a. Czy pacjent jest zdolny do podróży bez opieki?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
	b. Jeśli NIE, czy asysta zapewniona przez przewoźnika będzie wystarczająca?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
	c. Jeśli NIE, czy pacjent będzie posiadał własną asystę, aby zadbać o jego potrzeby na pokładzie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
	d. Jeśli TAK, kto będzie opiekował się pasażerem?	Lekarz <input type="checkbox"/> Pielęgniarka <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>			
	e. Jeśli zaznaczono INNE, czy ta osoba jest w pełni zdolna do pomocy we wszystkich potrzebach?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
20	Sprawność ruchowa				
	a. Czy pasażer może chodzić bez asysty?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	b. Wózek jest niezbędny do	<input type="checkbox"/> wejścia na pokład	<input type="checkbox"/> poruszania na pokładzie
21	Pozycja siedząca				
	a. Czy pasażer może odbyć podróż w pozycji siedzącej, kiedy jest to wymagane?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
22	Lista przyjmowanych lekarstw				
23	Inne informacje medyczne				

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

Załącznik B Część Druga (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego)

IATA Resolution 700 Attachment B

Stan układu krążenia

24

- a. Objawy choroby wieńcowej? TAK NIE Kiedy stwierdzono ostatni przypadek?
- Czy stan jest stabilny? TAK NIE
 - Stopień wydolności TAK NIE
- Brak objawów Przy dużym wysiłku Przy lekkim wysiłku Podczas spoczynku
- Czy pacjent jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK NIE
- b. Zawał mięśnia sercowego TAK NIE Data:
- Powikłania TAK NIE Jeśli TAK, podaj szczegóły
 - Próba wysiłkowa TAK NIE Jeśli TAK, jaki był wynik? METS
 - Jeśli leczony inwazyjnie (bypass):
- Czy pacjent jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK NIE
- c. Niewydolność mięśnia sercowego TAK NIE Kiedy stwierdzono ostatni przypadek?
- Stopień nasilenia niewydolności mięśnia sercowego?
- Brak objawów Dusznosc przy dużym wysiłku
- Dusznosc podczas spoczynku Dusznosc z powodu lekkiego wysiłku
- d. Omdlenia TAK NIE Jeśli TAK, proszę podać wynik
- e. Badania TAK NIE

25

- Przewlekłe choroby płuc TAK NIE
- a. Ostatnie wyniki gazometrii
- b. Wyniki pomiarów saturacji w powietrzu w trakcie podawania tlenu („na tlenie”) _____ LPM litry/minuta
- Jeśli TAK, jaki był wynik? Saturacja _____ Data badania _____
- c. Czy występuje retencja CO₂? TAK NIE
- d. Czy jego/jej stan uległ ostatnio pogorszeniu? TAK NIE
- e. Czy pacjent jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK NIE
- f. Czy pacjent odbył kiedykolwiek lot samolotem w tych samych warunkach zdrowotnych? TAK NIE
- Jeśli TAK, wskaż kiedy?
Czy pacjent miał jakiegokolwiek problemy?

26

- Stan psychiczny
- a. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że pasażer będzie pobudzony podczas lotu? TAK NIE
- b. Czy pacjent/ka podróżował/a samolotem wcześniej? TAK NIE
- Jeśli TAK, podaj datę podróży _____ Pacjent będzie podróżował sam z asystą

27

- Napady padaczkowe TAK NIE
- a. Jakie są typy napadów?
- b. Częstotliwość napadów?
- c. Kiedy nastąpił ostatni atak?
- d. Czy pasażer jest leczony? TAK NIE

28

- Jaka jest kondycja zdrowotna pacjenta przed podróżą? DOBRA ZŁA

Podpis lekarza

Data

Uwaga: Personel pokładowy nie jest upoważniony do udzielania specjalnej pomocy (np. podnoszenia, przenoszenia) poszczególnym pasażerom kosztem obsługi pozostałych pasażerów. Ponadto personel jest przeszkolony tylko i wyłącznie do udzielania **pierwszej pomocy**, nie wolno im również wykonywać żadnych zastrzyków oraz podawać leków pasażerom.

Ważne: Opłaty (jeśli są wymagane) dotyczące wybranych świadczeń zapewnionych przez przewoźnika lotniczego muszą być wniesione przez pasażera.