

## Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Potrzebujących Wsparcia

### Załącznik A - wypełnia pasażer (wskazówki obsługi dla pracowników linii lotniczych)

IATA Resolution 700 Attachment A

<b>1</b>	Imię i nazwisko pasażera	Tytuł	Wiek	Płeć	
<b>2</b>	Numer rezerwacji pasażera				
<b>3</b>	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data	Klasa
<b>3</b>	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data	Klasa
<b>4</b>	Powód wymaganego wsparcia (np. kobieta powyżej 32. tygodnia ciąży; niemowlę do 7. dnia życia; pasażer wymagający dodatkowego tlenu itd.)				
<b>5</b>	<p>Czy wymagasz asysty podczas podróży? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>A. Jeśli TAK, podaj imię i nazwisko osoby asystującej</p> <p>B. Podaj numer rezerwacji (jeśli inny)</p> <p>C. Kwalifikacje medyczne lekarz/lekarka, pielęgniarz/pielęgniarka?</p>				
<b>6</b>	<p>Czy potrzebujesz usługi asysty specjalnej na lotnisku?</p> <p><input type="checkbox"/> WCHR – Jesteś w stanie wejść/zejść po schodach</p> <p><input type="checkbox"/> WCHS – Nie jesteś w stanie wejść/zejść po schodach</p> <p><input type="checkbox"/> WCHC – Nie jesteś w stanie chodzić</p> <p><input type="checkbox"/> Nie potrzebuję</p>				
<b>7</b>	<p>A. Czy potrzebujesz przewozić wózek inwalidzki? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli TAK, określ typ wózka:</p> <p><input type="checkbox"/> napędzany manualnie WCMP</p> <p><input type="checkbox"/> z bateriami zabezpieczonymi przed wyciekami WCBDB</p> <p><input type="checkbox"/> z bateriami niezabezpieczonymi przed wyciekami WCBW</p> <p><input type="checkbox"/> z bateriami litowo-jonowymi WCLB</p> <p>B. Czy wózek jest składany? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Podaj rozmiar wózka (jeśli to możliwe, po złożeniu):</p> <p>Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____</p> <p>W przypadku wózków zasilanych bateriami, podaj:</p> <p>Liczbę baterii: _____ Parametry baterii w watogodzinach (Wh): _____</p> <p><b>Musisz zadbać o to, żeby przewody w środku wózka elektrycznego były dobrze zabezpieczone i odizolowane w celu uniknięcia przypadkowych zwarcí.</b></p>				
<b>8</b>	Czy potrzebujesz usługi wózka pokładowego WCOB w dotarciu z/do toalety? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
<b>9</b>	<p>Potrzebny ambulans? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Podaj dane kontaktowe firmy zapewniającej ambulans _____</p> <p><b>Organizacja ambulansu stoi po stronie pasażera, ubezpieczyciela itp.</b></p>				
<b>10</b>	<p>Czy potrzebujesz dodatkowego tlenu podczas lotu? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli TAK, pamiętaj, że musisz korzystać ze swojego koncentratora tlenu (POC) podczas lotu.</p> <p>Podaj markę i model POC _____</p> <p>Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____</p> <p>Liczba baterii: _____ Parametry baterii w watogodzinach (Wh): _____</p> <p><b>Nie ma możliwości zasilania POC z gniazdka pokładowego, dlatego musisz posiadać dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu, np. jeśli lot trwa 8 godzin, należy zabrać ze sobą baterię wystarczającą na 12 godzin lotu.</b></p> <p><b>Pamiętaj, że usługa przewozu lub udostępniania butli tlenowej na pokładzie jest niedostępna.</b></p>				
<b>11</b>	<p>Inne formy wsparcia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli TAK, wskaż: _____</p> <p style="text-align: right;">Lotnisko wylotu _____ Lotnisko tranzytowe _____ Lotnisko docelowe _____</p>				

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych:

Dane osobowe, w tym informacje o stanie zdrowia, podane w niniejszym formularzu lub załączone do niego, będą wykorzystywane przez Polskie Linie Lotnicze LOT S.A. w celu obsługi wniosków pasażerów wymagających autoryzacji medycznej oraz zorganizowania niezbędnej pomocy w organizacji podróży.

W celu oceny i rozpatrzenia Państwa prośby, a także zapewnienia odpowiedniej pomocy, opieki i sprzętu, Polskie Linie Lotnicze LOT S.A. będą przetwarzały Państwa dane osobowe.

Może być również konieczne przekazanie tych danych innym liniom lotniczym (jeśli dotyczy ich rezerwacja) oraz podmiotom takim jak lekarze, personel lotniskowy i linii lotniczych, organy rządowe i służby kontroli granicznej. W przypadku, gdy wniosek dotyczy pomocy specjalnej, dane mogą zostać przekazane odpowiednim służbom lotniskowym.

Szczegółowe informacje znajdują się w polityce prywatności Polskich Linii Lotniczych LOT S.A.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w tym wykorzystywanie i/lub ujawnianie moich danych osobowych, w tym informacji o stanie zdrowia, w celach określonych powyżej.**

## Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

### Załącznik B Część Pierwsza - wypełnia lekarz prowadzący

IATA Resolution 700 Attachment B

Formularz zapewnia ścisłą **poufność**. 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 pasażera jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w formularzu.

<b>12</b>	<b>Imię i nazwisko pasażera</b>	Wiek	Płeć
<b>13</b>	Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)		e-mail
	Adres		Telefon (+ nr kierunkowy kraju)
<b>14</b>	Diagnoza (daty ostatnich zabiegów i początku zachorowania lub informacje dotyczące ciąży)		
	Należy wskazać datę oraz naturę każdego z ostatnich badań oraz zabiegów		
<b>15</b>	Obecne objawy i ich dotkliwość. Czy występuje choroba zakaźna? Jeśli tak, należy podać szczegóły		
<b>16</b>	Czy zmniejszenie otaczającego cząstkowego ciśnienia tlenu o 25-30% (względne niedotlenienie) wpłynie na stan zdrowia pasażera? (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"/>		
<b>17</b>	Czy u pasażera występuje:		
	A. Anemia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, poziom hemoglobiny w gramach
	B. Problemy kardiologiczne	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 22-24.
	C. Problemy oddechowe	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 25.
	D. Zaburzenia psychiczne	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 26.
	E. Napady drgawek	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 27.
	F. Czy pasażer używa tlenu w domu?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, należy wskazać ile
	G. Kontrolowane oddawanie moczu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	H. Kontrolowane wypróżnianie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	Jeśli w punkcie G i/lub H wskazano NIE, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.		
<b>18</b>	Czy pasażer jest zdolny do podróży bez asysty? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
	A. Jeśli NIE, czy asysta zapewniona przez przewoźnika jest wystarczająca? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
	B. Jeśli NIE, kto będzie udzielał pasażerowi wsparcia (należy podać kwalifikację np. lekarz/lekarka)?		
	C. Jeśli osoba asystująca nie ma kwalifikacji medycznych, czy jest w pełni zdolna do wsparcia we wszystkich potrzebach? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
<b>19</b>	Pozycja siedząca		
	Czy pasażer może odbyć podróż w pozycji siedzącej, kiedy jest to wymagane? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
<b>20</b>	Czy pasażer potrzebuje leków innych niż przyjmowane samodzielnie? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
	A. Na lotnisku	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	B. Na pokładzie samolotu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano TAK, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.		
<b>21</b>	Czy pasażer potrzebuje korzystać z innych urządzeń medycznych, np. respirator?		
	A. Na lotnisku	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	B. Na pokładzie samolotu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano TAK, należy podać:		
	Rodzaj urządzenia _____		
	Długość (cm): _____	Szerokość (cm): _____	Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____
	Liczbę baterii: _____ Parametry baterii w watogodzinach (Wh): _____		
	Jeśli pasażer potrzebuje korzystać z urządzenia medycznego podczas lotu, musi posiadać dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu, np. jeśli lot trwa 8 godzin, należy zabrać ze sobą baterię wystarczającą na 12 godzin lotu.		
<b>22</b>	Stan układu krążenia		
	A. Objawy choroby wieńcowej? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
	Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek? _____		
	Czy stan jest stabilny? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
	B. Jaki jest stopień wydolności pasażera?		
	<input type="checkbox"/> Brak objawów	<input type="checkbox"/> Przy dużym wysiłku	<input type="checkbox"/> Przy lekkim wysiłku <input type="checkbox"/> Podczas spoczynku
	Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		

## Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

### Załącznik B Część Druga - wypełnia lekarz prowadzący

IATA Resolution 700 Attachment B

2	<b>Zawał mięśnia sercowego</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Data:	
	A. Powikłania	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, należy podać szczegóły:	
	B. Próba wysiłkowa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, jaki był wynik? <span style="float: right;">METS</span>	
C. Jeśli leczony inwazyjnie (bypass): Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>					
24	<b>Niewydolność mięśnia sercowego?</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	A. Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek?				
	B. Jaki jest stopień nasilenia niewydolności mięśnia sercowego?				
<input type="checkbox"/> Brak objawów <input type="checkbox"/> Dusznosc przy dużym wysiłku <input type="checkbox"/> Dusznosc przy lekkim wysiłku <input type="checkbox"/> Dusznosc podczas spoczynku Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>					
25	<b>Przewlekłe choroby płuc</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	Jeśli TAK, należy wypełnić poniższe podpunkty				
	A. Czy była wykonywana gazometria?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK, należy podać datę badania	
	B. Badanie wykonane:	<input type="checkbox"/> w powietrzu	<input type="checkbox"/> w trakcie podawania tlenu	Przepływ/Litry na minutę (LPM)	
	Należy podać wyniki: Saturacja <input type="text"/> pCO <sub>2</sub> <input type="text"/> pO <sub>2</sub> <input type="text"/>				
	C. Czy występuje retencja CO <sub>2</sub> ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
D. Czy stan pasażera uległ ostatnio pogorszeniu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>			
E. Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>			
F. Czy pasażer odbył kiedykolwiek lot samolotem w tych samych warunkach zdrowotnych ?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>			
Jeśli TAK, należy wskazać kiedy <input type="text"/>					
Czy pasażer miał jakiegokolwiek problemy? <input type="text"/>					
26	<b>Stan psychiczny</b>				
	A. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że lot negatywnie wpłynie na stan psychiczny pasażera?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	B. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że stan psychiczny pasażera podczas lotu będzie powodował stres lub dyskomfort u innych pasażerów?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	C. Czy pasażer podróżował samolotem wcześniej?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
Jeśli TAK, należy podać datę podróży <input type="text"/>					
Czy pasażer podróżował samodzielnie? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>					
27	<b>Napady padaczkowe</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	A. Jakie są typy napadów?				
	B. Częstotliwość napadów?				
	C. Kiedy nastąpił ostatni atak?				
D. Czy pasażer jest leczony?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>			
28	<b>Omdlenia?</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek? <input type="text"/>				
29	<b>Jaka jest kondycja zdrowotna pasażera przed podróżą?</b>	DOBRA <input type="checkbox"/>	ZŁA <input type="checkbox"/>		
30	<b>Należy wypełnić tylko w przypadku ciąży pasażerki</b>				
	A. Ciąża pojedyncza <input type="checkbox"/>	Cięża mnoga <input type="checkbox"/>			
	Tydzień ciąży: <input type="text"/>				
B. <input type="checkbox"/> Potwierdzam brak znanych komplikacji u pasażerki i dziecka, stanowiących przeciwwskazanie do lotu.					
31	<b>Podpis i pieczęć lekarza</b>				
	A. Data wypełnienia formularza				
B. Data ostatniego badania (jeśli inna) <input type="text"/>					

W sytuacji medycznej personel pokładowy jest przeszkolony wyłącznie do udzielenia pierwszej pomocy. Nie jest uprawniony do wykonywania zastrzyków, podawania leków oraz podnoszenia lub przenoszenia pasażerów.

#### OŚWIADCZENIE PASAŻERA:

Wyrażam zgodę na przekazanie przez: \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko lekarza)

liniom lotniczym informacji na temat stanu mojego zdrowia w celu określenia mojej zdolności do przewozu lotniczego i w związku z tym zwalniając tego lekarza z jego/jej zawodowego obowiązku zachowania poufności w odniesieniu do takich informacji. Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów z tym związanych. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku akceptacji niniejszego zaświadczenia moja podróż będzie podlegała ogólnym warunkom przewoźnika oraz że przewoźnik nie ponosi żadnej szczególnej odpowiedzialności wykraczającej poza te wskazane w ww. warunkach. Zobowiązuję się zwrócić przewoźnikowi na jego żądanie wszelkie ewentualne szczególne wydatki lub koszty związane z realizacją przewozu lotniczego.