

Formularz Informacji Medycznych (MEDIF)

UWAGA: POKAŻ SWOJEMU LEKARZOWI TĘ INSTRUKCJĘ

Przed wypełnieniem formularza MEDIF, zapoznaj się z poniższymi zasadami. Formularz ten służy do oceny, czy pasażer z problemami zdrowotnymi może bezpiecznie podróżować samolotem oraz do zapewnienia mu odpowiedniej pomocy podczas lotu.

Formularz MEDIF składa się z dwóch części, które muszą być ze sobą zgodne:

- 1) **Załącznik A** – wypełnia pasażer. Podaje w nim informacje o swojej podróży i specjalnych wymaganiach (np. czy potrzebuje asysty).
- 2) **Załącznik B** – wypełnia lekarz prowadzący. Ocenia w nim stan zdrowia pasażera i stwierdza, czy może on bezpiecznie lecieć. Lekarz bierze pełną odpowiedzialność za zgodność przekazywanych informacji. Wszelkie poprawki w dokumencie muszą być potwierdzone parafką/pieczątką/podpisem lekarza w miejscu dokonania zmian.

FORMULARZ MEDIF JEST WYMAGANY W PONIŻSZYCH PRZYPADKACH:

• Kobiety w ciąży:

- wszystkie kobiety powyżej 32. tygodnia ciąży lub z ciążą mnogą czy z powikłaniami.

• Niemowlęta do 7. dnia życia włącznie.

• Pasażerowie, którzy podczas lotu potrzebują asysty lekarza, personelu medycznego lub specjalistycznego sprzętu, takiego jak koncentrator tlenu.

Wyjątek: W przypadku, gdy urządzenie **CPAP** nie jest połączone z respiratorem oraz pasażer nie ma innych problemów zdrowotnych, formularz MEDIF nie jest wymagany.

• Pasażerowie, których stan zdrowia może pogorszyć się podczas lotu, w szczególności osoby z:

- zaawansowaną anemią,
- zaburzeniami psychicznymi,
- napadami drgawek,
- problemami z sercem (np. niewydolność serca, niedawno przebyty zawał),
- problemami z oddychaniem,
- problemami z kontrolowaniem oddawania moczu lub wypróżnień (nie dotyczy posiadania cewnika lub stomii),
- osłabieniem po niedawno przebytych operacjach,
- widocznymi następstwami przebytego zabiegu medycyny estetycznej.

WAŻNOŚĆ FORMULARZA MEDIF:

- 1) **Loty do/z USA:** Formularz musi być wypełniony **nie wcześniej niż 10 dni przed datą wylotu**.
 - Ten sam formularz jest ważny na lot powrotny, nawet jeśli odbywa się on w późniejszym terminie. **Uwaga:** Jeśli Twój lot powrotny jest pod innym kodem rezerwacji niż rejs początkowy, musisz posiadać nowy formularz MEDIF.
 - Poprawnie wypełniony formularz MEDIF musisz dostarczyć do przewoźnika najpóźniej na 48 godzin przed wylotem.
- 2) **Pozostałe loty:** Formularz musi być wypełniony **nie wcześniej niż 14 dni przed datą wylotu**.
 - Jeśli lot powrotny jest w ciągu 14 dni od daty wystawienia formularza, nie potrzebujesz nowego.
 - Jeśli lot powrotny odbywa się później niż po 14 dniach, musisz wypełnić nowy formularz.
 - Poprawnie wypełniony formularz MEDIF musisz dostarczyć do przewoźnika najpóźniej na 72 godziny przed wylotem.

W JAKICH PRZYPADKACH FORMULARZ MEDIF NIE JEST WYMAGANY?

Nie musisz wypełniać formularza MEDIF, jeśli:

- Jesteś **osobą niewidomą, słabowidzącą lub niesłyszącą** (oznaczenia BLND lub DEAF)
- Masz **niepełnosprawność ukrytą** i potrzebujesz pomocy na lotnisku lub przy wsiadaniu/wysiadaniu z samolotu (oznaczenie DPNA).
- Jesteś **osobą w podeszłym wieku**.
- Potrzebujesz **wózka inwalidzkiego, kul, laski lub balkonika** dla wygody podróży.
- Używasz podczas lotu **urządzenia CPAP** (do leczenia bezdechu sennego), o ile nie masz innych problemów zdrowotnych, które wymagałyby zaświadczenia lekarskiego.
- Przewozisz **koncentrator tlenu (POC)** w bagażu podręcznym, ale nie korzystasz z niego w trakcie lotu.
- Masz **opatrunek gipsowy**, który został **założony ponad 48 godzin przed lotem**. Musisz jednak mieć zaświadczenie od lekarza z dokładną datą założenia gipsu.
- Jesteś **diabetykiem** i podróżujesz z pompą insulinową lub robisz sobie zastrzyki penem.
- Podróżujesz z **cewnikiem** lub ze **stomią**.

WAŻNE INFORMACJE:

- **Podróżowanie w pozycji leżącej:** LOT nie oferuje możliwości podróży na noszach ani w pozycji leżącej.
- **Tlen:** Na pokładzie samolotów LOT-u nie ma możliwości używania butli tlenowych udostępnianych przez przewoźnika ani przewozu własnych.
- **Zasilanie sprzętu medycznego:** Nie możesz ładować sprzętu medycznego z gniazdek w samolocie. Musisz zabrać ze sobą dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu.
- **Wózek inwalidzki:** Jeśli podróżujesz z własnym wózkiem, musisz podać jego **wagę, wymiary i informacje o ewentualnej baterii** co najmniej 48h przed lotem, za pomocą formularza zamieszczonego na naszej stronie internetowej.
- **Pomoc personelu pokładowego:** Personel pokładowy jest przeszkolony tylko do udzielania pierwszej pomocy. Nie może robić zastrzyków, podawać leków, podnosić ani przenosić pasażerów.
- **Pogorszenie stanu zdrowia:** Jeśli twój stan zdrowia pogorszy się po wystawieniu formularza MEDIF, musisz uzyskać nowe zaświadczenie lekarskie.
- **Ważność dokumentu:** Formularz MEDIF jest ważny tylko na loty i w datach, które są w nim podane. Niepełny lub błędnie wypełniony dokument nie będzie zaakceptowany. Polskie Linie Lotnicze LOT wskażą punkty do poprawienia. Wszelkie poprawki w załączniku B muszą być potwierdzone parafką/pieczętką/podpisem lekarza w miejscu dokonania modyfikacji. Sugerujemy, by lekarz wypełnił dokument na nowo.
- **Oryginał dokumentu:** Zawsze miej przy sobie papierowy oryginał formularza MEDIF, aby okazać go podczas odprawy oraz personelowi pokładowemu przed wejściem na pokład.
- **Pytania?** Napisz na meda@lot.pl jeśli chcesz zadać pytanie dotyczące tego, jak wypełnić formularz.

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów wymagających autoryzacji medycznej (MEDIF)

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

IATA Resolution 700 Attachment A

1	Imię i nazwisko pasażera	Tytuł	Wiek	Płeć
2	Numer rezerwacji pasażera			
3	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data
	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data
4	Czy potrzebujesz usługi asysty specjalnej na lotnisku? ☐ WCHR – jesteś w stanie wejść / zejść po schodach ☐ WCHS – nie jesteś w stanie wejść / zejść po schodach ☐ WCHC – nie jesteś w stanie chodzić ☐ Nie potrzebuję			
5	A. Czy potrzebujesz przewozić wózek inwalidzki? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK , określ typ wózka: ☐ napędzany manualnie (WCMP) ☐ z bateriami zabezpieczonymi przed wyciekami (WCBD) ☐ z bateriami niezabezpieczonymi przed wyciekami (WCBW) ☐ z bateriami litowo-jonowymi przewożonymi w wózku w luku (WCLB) ☐ z bateriami litowo-jonowymi przewożonymi na pokładzie (WCLX) B. Czy wózek jest składany? ☐ TAK ☐ NIE Podaj rozmiar wózka (jeśli to możliwe, po złożeniu): Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____ W przypadku wózków zasilanych bateriami, podaj: Liczbę baterii: ____ Parametry każdej baterii (Wh): _____ Rodzaj baterii: _____ C. Czy baterie można wyciągnąć z urządzenia? ☐ TAK ☐ NIE <i>Musisz zadbać o to, żeby przewody w środku wózka elektrycznego były dobrze zabezpieczone i odizolowane w celu uniknięcia przypadkowych zwarc.</i>			
6	Czy potrzebujesz usługi wózka pokładowego WCOB w dotarciu z / do toalety? ☐ TAK ☐ NIE			
7	Czy potrzebujesz ambulansu? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK , podaj dane kontaktowe firmy zapewniającej ambulans: _____ <i>Organizacja ambulansu stoi po stronie pasażera, ubezpieczyciela itp.</i>			

8

A. Czy potrzebujesz dodatkowego tlenu podczas lotu? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, pamiętaj, że musisz korzystać ze swojego koncentratora tlenu (POC) podczas lotu.

Podaj markę i model POC: _____

Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____

Liczbę baterii: _____ Parametry każdej baterii (Wh): _____ Rodzaj baterii: _____

B. Z powodu braku możliwości zasilania POC z gniazdka pokładowego, potwierdzam, że posiadam dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu. ☐ TAK ☐ NIE

Przykład: Jeśli lot trwa 8 godzin, należy zabrać ze sobą baterię wystarczającą na 12 godzin lotu.

Pamiętaj, że usługa przewozu lub udostępniania butli tlenowej na pokładzie jest niedostępna.

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 wniosku 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.

Podpis pasażera / opiekuna prawnego

Miejscowość i data

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

Załącznik B - 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 wymagane pytania zawarte w formularzu oraz do zapoznania się z Załącznikiem A wypełnionym przez pasażera. Lekarz prowadzący bierze pełną odpowiedzialność za zgodność przekazanych w formularzu informacji.

9	Imię i nazwisko pasażera	Wiek	Płeć
10	Lekarz prowadzący (imię i nazwisko) e-mail Adres telefon (+nr kierunkowy kraju)		
11	Diagnoza (daty ostatnich zabiegów i początku zachorowania lub informacje dotyczące ciąży) <i>Należy wskazać datę oraz naturę każdego z ostatnich badań oraz zabiegów</i>		
12	Obecne objawy i ich dotkliwość. Czy występuje choroba zakaźna? Jeśli tak, należy podać szczegóły. <i>Dodatkowe uwagi / informacje:</i>		
13	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 ☐ NIE ☐ BRAK PEWNOŚCI		
14	Czy u pasażera występuje: A. Anemia ☐ TAK ☐ NIE <i>Jeśli TAK, poziom hemoglobiny w gramach: ____</i> B. Problemy kardiologiczne ☐ TAK ☐ NIE <i>Jeśli TAK, należy wypełnić punkty 19 – 21.</i> C. Problemy oddechowe ☐ TAK ☐ NIE <i>Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 22.</i> D. Zaburzenia psychiczne ☐ TAK ☐ NIE <i>Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 23.</i> E. Napady drgawek ☐ TAK ☐ NIE <i>Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 24.</i> F. Czy pasażer używa tlenu w domu? ☐ TAK ☐ NIE <i>Jeśli TAK, należy wskazać ile: _____</i> G. Kontrolowane oddawanie moczu ☐ TAK ☐ NIE H. Kontrolowane wypróżnianie ☐ TAK ☐ NIE Jeśli w punkcie G i/lub H wskazano NIE, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.		

15

Czy pasażer jest zdolny do podróży bez asysty? ☐ TAK ☐ NIE

A. Jeśli **NIE**, czy asysta zapewniona przez przewoźnika jest wystarczająca? ☐ TAK ☐ NIE

B. Jeśli **NIE**, wskaż osobę, która będzie wspierać pasażera w podróży (wraz z numerem PRN, jeśli inny) oraz jej kwalifikacje medyczne (np. lekarz/lekarzka): _____

C. Jeśli osoba asystująca nie ma kwalifikacji medycznych, czy jest w pełni zdolna do wsparcia we wszystkich potrzebach? ☐ TAK ☐ NIE

16

Czy pasażer może odbyć podróż w pozycji siedzącej, kiedy jest to wymagane? ☐ TAK ☐ NIE

17

Czy pasażer potrzebuje lekarstw innych niż przyjmowane samodzielnie? ☐ TAK ☐ NIE

A. Na lotnisku ☐ TAK ☐ NIE

B. Na pokładzie samolotu ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano TAK, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.

18

Czy pasażer potrzebuje korzystać z innych (niż wymienione w Załączniku A) urządzeń medycznych, np. respirator?

A. Na lotnisku ☐ TAK ☐ NIE

B. Na pokładzie samolotu ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano **TAK**, należy podać:

Rodzaj urządzenia: _____ **Marka i model urządzenia:** _____

Długość (cm): _____ **Szerokość (cm):** _____ **Wysokość (cm):** _____ **Waga (kg):** _____

Liczbę baterii: _____ **Parametry każdej baterii (Wh):** _____ **Rodzaj baterii:** _____

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.

19

*Należy wypełnić, jeśli w punkcie 14B zaznaczono **TAK**.*

Problemy z układem krążenia ☐ TAK ☐ NIE

A. Objawy choroby wieńcowej? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, kiedy stwierdzono ostatni przypadek? _____

Czy stan jest stabilny? ☐ TAK ☐ NIE

B. Jaki jest stopień wydolności pasażera?

☐ Brak objawów ☐ Przy dużym wysiłku ☐ Przy lekkim wysiłku ☐ Podczas spoczynku

C. Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów?

20

*Należy wypełnić, jeśli w punkcie 14B zaznaczono **TAK**.*

Zawał mięśnia sercowego ☐ TAK ☐ NIE Data: _____

A. Powikłania ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, należy podać szczegóły: _____

B. Próba wysiłkowa ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, jaki był wynik? _____ METS

21

*Należy wypełnić, jeśli w punkcie 14B zaznaczono **TAK**.*

Niewydolność mięśnia sercowego? ☐ TAK ☐ NIE

A. Jeśli **TAK**, kiedy stwierdzono ostatni przypadek? _____

B. Jaki jest stopień nasilenia niewydolności mięśnia sercowego?

☐ Brak objawów ☐ Dusznosc przy dużym wysiłku ☐ Dusznosc przy lekkim wysiłku ☐ Dusznosc podczas spoczynku

22

Należy wypełnić, jeśli w punkcie 14C zaznaczono **TAK**.

Przewlekłe choroby płuc ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, należy wypełnić poniższe podpunkty:

A. Czy była wykonywana gazometria? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, należy podać datę badania: _____

Wynik badania: ☐ w naturalnym środowisku ☐ w trakcie podawania tlenu

Przepływ (litry na minutę, LPM): _____

Saturacja: _____ pCO₂ _____ pO₂ _____

B. Czy występuje retencja CO₂? ☐ TAK ☐ NIE

C. Czy stan pasażera uległ ostatnio pogorszeniu? ☐ TAK ☐ NIE

D. Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? ☐ TAK ☐ NIE

E. Czy pasażer odbył kiedykolwiek lot samolotem w tych samych warunkach zdrowotnych?

☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, należy wskazać kiedy: _____

Czy pasażer miał jakiegokolwiek problemy? _____

23

Należy wypełnić, jeśli w punkcie 14D zaznaczono **TAK**.

Stan psychiczny

A. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że lot negatywnie wpłynie na stan psychiczny pasażera?

☐ TAK ☐ NIE

B. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że stan psychiczny pasażera podczas lotu będzie powodował stres lub dyskomfort u innych pasażerów? ☐ TAK ☐ NIE

C. Czy pasażer podróżował samolotem wcześniej? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, należy podać datę podróży: _____

Czy pasażer podróżował samodzielnie? ☐ TAK ☐ NIE

24

Należy wypełnić, jeśli w punkcie 14E zaznaczono **TAK**.

Napady padaczkowe ☐ TAK ☐ NIE

A. Jakie są typy napadów? _____

B. Częstotliwość napadów? _____

C. Kiedy nastąpił ostatni atak? _____

D. Czy pasażer jest leczony? ☐ TAK ☐ NIE

25

Omdlenia? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, kiedy stwierdzono ostatni przypadek? _____

26

Należy wypełnić tylko w przypadku ciąży pasażerki:

A. ☐ Ciąża pojedyncza ☐ Ciąża mnoga

Tydzień ciąży w dniu wylotu oraz w dniu powrotu: _____

B. ☐ Potwierdzam brak znanych komplikacji u pasażerki i dziecka, stanowiących przeciwwskazanie do lotu.

27

A. Pasażer ma dobrą kondycję zdrowotną i jest zdolny do odbycia podróży lotniczej

☐ TAK ☐ NIE

B. Data wypełnienia formularza: _____

Podpis i pieczęć (jeśli lekarz posiada) lekarza: _____

Numer telefonu i nazwa placówki medycznej: _____

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 zwalnim 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 podlegać ogólnym warunkom przewozu 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.

Podpis pasażera / opiekuna prawnego

Miejscowość i data
