

**FICHA DE INFORMAÇÃO MÉDICA - MEDIF - PARTE 2**

Este formulário fornece informação CONFIDENCIAL para permitir ao departamento MÉDICO da companhia aérea avaliar a aptidão para o passageiro viajar de avião, emitindo as orientações necessárias para assegurar o seu conforto e segurança.

Pede-se ao MÉDICO ASSISTENTE do passageiro incapacitado que faça o favor de RESPONDER A TODAS AS PERGUNTAS em LETRA DE IMPRENSA.

Voo Nº: _____ Data: ____/____/____ Itinerário: _____

Ref. da companhia aérea: _____

MEDA 01	NOME DO DOENTE: _____ Idade: _____ Sexo: _____		
MEDA 02	Nome do MÉDICO ASSISTENTE: _____		
	Endereço: _____		
	Contatos telefónicos: _____	Profissional: _____	Telemóvel/celular: _____
MEDA 03	Diagnóstico: _____ Data dos primeiros sintomas: ____/____/____ Data do Diagnóstico: ____/____/____		
MEDA 4	PROGNÓSTICO para a viagem: _____		
MEDA 5	Doença CONTAGIOSA e transmissível? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
MEDA 6	O estado/patologia do doente pode ser fonte de DESCONFORTO para os OUTROS PASSAGEIROS? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
MEDA 7	O doente pode SENTAR-SE com o encosto na posição vertical? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
MEDA 8	O doente pode viajar só, sem necessidade de ajuda (incluindo refeições, idas aos lavabos, etc.)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Se Não, tipo de ajuda necessária: _____		
MEDA 9	O doente viaja com um PROFISSIONAL DE SAÚDE? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Specify: _____		

MEDA 10	O doente necessita de OXIGÉNIO durante o voo? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> Litros por minuto Contínuo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
MEDA 11	O doente necessita de alguma MEDICAÇÃO ou EQUIPAMENTO MÉDICO em trânsito? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
MEDA 12	O doente necessita de alguma medicação ou equipamento médico A BORDO DO AVIÃO? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
MEDA 13	O doente necessita de HOSPITALIZAÇÃO em trânsito? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
MEDA 14	O doente necessita de hospitalização à chegada? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
MEDA 15	Outras OBSERVAÇÕES ou informações Nenhuma <input type="checkbox"/> Especifique, se for o caso: _____		
MEDA 16	Outros preparativos providenciados pelo médico assistente: _____		
MEDA 17	Tipo de transporte de / para o aeroporto: _____		

Data: ____/____/____ Local: _____ Assinatura do Médico Assistente: _____

DECLARAÇÃO DO PASSAGEIRO:

"DECLARO AUTORIZAR QUE (nome do médico) _____ forneça às companhias aéreas a informação solicitada pelos respetivos departamentos médicos para determinação da minha aptidão para ser transportado(a) por via aérea, pelo que declaro expressamente autorizar que o médico lhes forneça aquela informação confidencial. Mais declaro que concordo assumir integralmente quaisquer encargos que possam decorrer deste serviço médico.

Estou ciente que, caso seja aceite, a minha viagem estará sujeita às condições gerais/tarifas da companhia aérea em questão e que esta não assume qualquer responsabilidade especial para além do que exceda aquelas condições/tarifas.

Estou preparado para assumir os riscos e quaisquer eventuais repercussões que o transporte por via aérea possa ter sobre o meu estado de saúde, assumindo que a companhia aérea, seus empregados, operadores e agentes não serão responsabilizados por tais repercussões.

Concordo assumir os custos e encargos que a transportadora possa exigir em relação com o meu transporte".

(Sempre que necessário, esta declaração deve ser lida pelo(a)/ao(à) passageiro(a), devendo ser assinada por ele(a) ou por quem o(a) represente legalmente.)

Data: ____/____/____ Local: _____ Assinatura do passageiro: _____

(ou de quem o(a) representa)