



CHE 0411-01/ANAC
CHETA 2006-12-OVRN-01-00

FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros
MEDIF - Formulário de informações Médicas para viagens aéreas
Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da GOL com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto.
medif@voegol.com.br

A ser preenchido pelo **Passageiro ou Responsável Legal**. Responder **TODAS** as questões
Preencher com **LETRAS DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**.

IATA - Resolução 700 Anexo A

1. Sobrenome / Nome / Título _____

2. Registro de nome do Passageiro (LOCALIZADOR) _____

3. Itinerário previsto _____

Empresa(s), Número do voo(s) _____

Classe(s), data(s), trechos(s), situação da reserva _____

4. Natureza da incapacidade ou doença _____

5. Necessita de maca a bordo? _____ Sim _____ Não

6. Todos os casos de maca devem ter obrigatoriamente acompanhante, identificado a seguir:

Nome _____ Profissão _____ Idade _____

LOCALIZADOR (se diferente) _____ Médico _____ Sim _____ Não(*) _____ Companheiro de viagem _____

(*) Caso não tenha treinamento na área da saúde, especificar como "companheiro de viagem"

7. Necessita de cadeira de rodas _____ Sim _____ Não

Se o passageiro: (sobe escada / anda na cabine) **WCHR** _____ (não sobe escada / anda na cabine) **WCHS** _____ (imóvel) **WCHC** _____

Cadeira de rodas: Própria _____ Sim _____ Não _____ Dobrável _____ Sim _____ Não _____ Motorizada _____ Sim _____ Não _____

Tipo de Bateria _____ Seca _____ Líquida _____

Bateria líquida é considerada "carga perigosa"

8. Necessita de ambulância _____ Sim _____ Não

O Passageiro é responsável pela contratação dos serviços de transferência para: **o Embarque e/ou Desembarque / De-Para a ambulância / De-Para a Aeronave**

Se sim, especifique o nome da Empresa de Ambulância contratada, número de telefone e contato. Indicar o endereço de destino _____

9. Acompanhante / auxiliar atendente para necessidades básicas a bordo _____ Sim _____ Não

Se pessoa já destinada, indicar o nome e contato _____

Em caso de deficientes visuais e/ou auditivos, especificar se estará acompanhado por cão-guia. _____ Sim _____ Não

10. Outras necessidades em solo _____ Sim _____ Não

Se sim, especificar que outros serviços são necessários _____

Aeroporto de partida _____

Aeroporto de conexão _____

Aeroporto de destino _____

11. Serviços especiais a bordo _____ Sim _____ Não

Se sim, especificar (refeição especial, assento extra, cinto especial, outras necessidades) _____

Especifique equipamentos (oxigênio, maca, etc.) _____

Especifique serviços especiais contratados e responsável pelas despesas _____

12. Portador de FREMEC _____ Sim _____ Não

Se sim, Número do FREMEC _____ Expedido por _____ Data de vencimento _____

13. Declaração do passageiro

Autorizo o Dr(a) _____ a prestar informações, preencher a MEDIF, emitir relatórios adicionais

(médico nomeados e CRM-UF)

quando solicitado para o propósito indicado, e em consideração, libero-o de seu dever de confidencialidade com respeito a estas informações, e estou de acordo em cumprir com os honorários do mesmo, caso necessário.

Nota 1: Suprimentos especiais, como oxigênio, maca, etc. requerem sempre o preenchimento completo de MEDIF e o envio com antecedência mínima de 72 horas para análise do departamento médico da companhia aérea, **estando o embarque do passageiro sujeito à autorização deste.**

Nota 2: Se o transporte for aceito, taxas, quando necessárias, relevantes para a providência dos equipamentos ou necessidades acima mencionadas devem ser pagas pelo passageiro. Concordo em reembolsar o transportador, se solicitado, por qualquer despesa especial proveniente da minha viagem.

Eu aceito que a transportadora pode negar o meu embarque se a minha condição for incompatível com os dados fornecidos ou se meu transporte possa pôr em perigo os outros passageiros, a operação do voo ou a minha própria saúde. Eu libero a transportadora e seus funcionários de qualquer responsabilidade em relação a quaisquer consequências para o meu estado de saúde durante ou por consequência do transporte aéreo.

Nota Importante: Não serão reembolsados os valores pagos em caso de não comparecimento do passageiro sem cancelamento prévio com reserva de maca e/ou oxigênio.

Local _____ Data _____ Assinatura do passageiro ou responsável _____



CHE 0411-01/ANAC
CHETA 2006-12-OVRN-01-00

FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros

MEDIF - Fomulário de Informação Médicas para viagens aéreas
Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da GOL com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto.
medif@voegol.com.br

CONFIDENCIAL

Deve ser preenchida pelo **médico autorizado**. Responder **TODAS** as questões.
Usar **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**. **Dar respostas precisas**

IATA - Resolução 700 Anexo B - Parte Um

1. Nome do paciente _____

Data de Nascimento _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

2. Médico autorizado _____

E-mail _____ Fax (código país & cidade) _____

Telefone (celular / código país & cidade) _____

3. Diagnóstico (incluindo data do início da doença, episódio ou acidente e tratamento, especificar se contagioso) _____

Natureza e data de qualquer cirurgia recente (independente do porte) _____

4. Sinais e sintomas atuais (Especificar severidade - sinais vitais obrigatórios) _____

5. Pode uma redução de 25% a 30% na pressão parcial do oxigênio ambiente (Hipóxia relativa) afetar a condição médica do paciente?

(A pressão da cabine passa a ser o equivalente a uma viagem rápida a uma montanha na altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar)

____ Sim ____ Não ____ Não tenho certeza

6. Informações clínicas adicionais

a. Anemia _____ Sim _____ Não Se Sim, **enviar resultado recente** de hemoglobina _____

b. Transtorno psiquiátrico / convulsões _____ Sim _____ Não Se Sim, veja Parte 2.

c. Doença Cardiovascular _____ Sim _____ Não Se Sim, veja Parte 2.

d. Controle vesical normal _____ Sim _____ Não Se Não, indique a forma de controle _____

e. Controle intestinal normal _____ Sim _____ Não

f. Doenças Respiratórias _____ Sim _____ Não Se Sim, veja Parte 2.

g. O paciente faz uso de oxigênio em casa? _____ Sim _____ Não Se Sim, especifique quanto _____ LPM

h. Necessita de oxigênio a bordo? _____ Sim _____ Não Se Sim, especifique (de 2 LPM to 8 LPM) _____ LPM

Fluxo Contínuo?

7. Acompanhante

a. O paciente é capaz de viajar desacompanhado _____ Sim ____ Não

b. Se não, seria um atendente ou axiliar (fornecido pela companhia aérea para embarcar e desembarcar) suficiente? _____ Sim ____ Não

c. Se não, o paciente possui um acompanhante para cuidá-lo em suas necessidades a bordo? _____ Sim ____ Não

d. Se sim, quem deverá acompanhar o paciente? _____ Médico _____ Enfermeira _____ Outro

e. Se outro, está o acompanhante devidamente treinado para atender todas as necessidades acima? _____ Sim ____ Não

8. Mobilidade

a. Capaz de deambular sem ajuda ou assistência? _____ Sim ____ Não

b. Necessário cadeira de rodas para embarque? _____ Sim ____ Não Se sim, _____ até a aeronave _____ até o assento

c. O paciente pode usar o assento da aeronave na posição VERTICAL quando necessário? _____ Sim ____ Não

d. Necessita de MACA A BORDO? _____ Sim ____ Não

9. Lista de Medicamentos em uso _____

10. Outras informações médicas _____



CHE 0411-01/ANAC
CHETA 2006-12-0VRN-01-00

FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros

MEDIF - Fomulário de Informação Médicas para viagens aéreas
Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da GOL com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto.
medif@voegol.com.br

CONFIDENCIAL

Deve ser preenchida pelo **médico autorizado**. Responder **TODAS** as questões.
Usar **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**. Dar respostas precisas

IATA - Resolução 700 Anexo B - Parte Dois

1. Doença Cardiovascular

- a. Angina Sim Não Data do último episódio? _____
- A condição atual é estável? Sim Não
 - Classificação funcional do paciente:
 Assintomático Angina aos grandes esforços Angina aos pequenos esforços Angina no repouso
 - Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10 -12 degraus sem sintomas? Sim Não
- b. Infarto do Miocárdio Sim Não Data _____
- Complicações? Sim Não Se sim, informe detalhadamente _____
 - Realizou teste ergométrico? Sim Não Se sim, reporte o resultado _____
 - Se foi submetido a angioplastia ou ponte de safena:
Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10 -12 degraus sem sintomas? Sim Não
- c. Insuficiência Cardíaca Sim Não Data do último episódio? _____
- O paciente está controlado com medicação? Sim Não
 - Classificação funcional do paciente:
 Assintomático Dispneia aos grandes esforços Dispneia aos pequenos esforços Dispneia no repouso
- d. Síncope Sim Não Data do último episódio? _____
- Investigada? Sim Não Se sim, reporte o resultado? _____

2. Doença Pulmonar crônica

- Sim Não
- a. O paciente tem exames de gasometria recente? Sim Não
- b. Gasometria foi colhida em Ar ambiente Oxigênio LPM
Se sim, reporte o resultado pCO2 pO2 Saturação Data do exame _____
- c. O paciente retém CO2? Sim Não
- d. Teve sua condição deteriorada recentemente? Sim Não
- e. Pode o paciente caminhar 100 metros em um ritmo normal ou subir 10 -12 degraus sem sintomas? Sim Não
- f. O paciente já viajou em avião comercial nestas mesmas condições? Sim Não
- Se sim, quando? _____
 - Apresentou algum problema? Se sim, qual? _____

3. Doença Psiquiátrica

- Sim Não
- a. Existe a possibilidade de que o paciente apresente agitação durante o voo? Sim Não
- b. O paciente já viajou em avião comercial antes? Sim Não
- Se sim, data da viagem: _____ O paciente viajou sozinho acompanhado

4. Convulsões

- Sim Não
- a. Que tipo de convulsões? _____
- b. Frequência de convulsões: _____
- c. Data da última crise convulsiva? _____
- d. São as convulsões controladas por medicação? Sim Não

5. Prognóstico para a viagem

Bom Ruim Não sabe

Nota 1: Tripulação não está autorizada a dar assistência especial (ex. carregar / levantar) para um passageiro de forma particular em detrimento do seu serviço aos outros passageiros. Adicionalmente, é treinada apenas em primeiros socorros e não está autorizada a aplicar ou fornecer qualquer medicação.

Nota2: Caso o passageiro seja aceito, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessários para a segurança e conforto do mesmo.

Assinatura e carimbo do médico _____ Local e Data _____



CHE 0411-01/ANAC
CHETA 2006-12-OVRN-01-00

FORMULÁRIO - Cuidados com Passageiros

MEDIF - Formulário de Informação Médicas para viagens aéreas
Folha de informações para passageiros que requeiram Assistência Especial

Por favor, envie este formulário para o Departamento de Reservas da GOL com antecedência mínima de 48 horas ao embarque previsto.
medif@voegol.com.br

CONFIDENCIAL

Deve ser preenchida pelo **médico autorizado**. Responder **TODAS** as questões.
Usar **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** ou **DIGITAÇÃO**. **Dar respostas precisas**

Parte Três - Informações Adicionais para a MEDIF

Para facilitar o processo de análise e agilizar a autorização médica, quando devida, por favor certifique-se que todos os detalhes para o voo foram inserido no anexo B parte 1 e 2 e providencie o fornecimento das seguintes informações adicionais, quando cabíveis:

1. **Contato** Tel / Fax do passageiro (hc - código país & cidade) _____

2. **Hospitalização** Data de entrada _____ Data de alta _____ Hospital _____

3. **Diagnostico** • A condição (doença) está:

Resolvida? _____ Sim _____ Não

Estável ou Controlada? _____ Sim _____ Não

Recuperação sem complicações (cirurgia)? _____ Sim _____ Não

Fraturas - Tratamentos _____ PINO _____ GESSO _____ Data _____

Pode dobrar a perna na altura do JOELHO? _____ Sim _____ Não Pode dobrar a perna na altura do QUADRIL? _____ Sim _____ Não

Fratura de quadril _____ D _____ E _____ Data do exame _____

4. Oxigênio a bordo

a. Tem o paciente real necessidade de oxigênio a bordo? _____ Sim _____ Não

b. Quanto? (De 2LPN até 8LPM) _____ LPM

c. Qual tipo de fluxo? _____ Contínuo _____ Intermitente

5. Oxigênio em solo

a. O paciente faz uso de oxigênio em casa? _____ Sim _____ Não

b. Se sim, quanto? _____ LPM

c. Com que frequência? _____

d. Se sim, que providências foram tomadas para fornecer oxigênio no(s) aeroporto(s) (Embarque / Conexões / Desembarque)? _____

e. Se não faz uso de oxigênio em solo, por que necessita do fornecimento deste durante o voo? _____

INFORMAÇÕES PARA ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE OU AUTORIZADO

Os principais fatores a serem considerados quando se avalia a aptidão de um paciente para o transporte aéreo são os efeitos das variações da pressão atmosférica (a expansão e contração dos gases podem causar dor e efeitos de pressão). Durante o voo há consequentemente uma redução da tensão de oxigênio (equivalente a altitude de 8.000 pés, e a pressão parcial do oxigênio é em torno de 20% menor que no solo).

As seguintes condições são consideradas **INACEITÁVEIS** para viagem aérea.

- Anemia severa.
- Doença em fase aguda, infecciosa, infectocontagiosa ou de Notificação Compulsória.
- Insuficiência Cardíaca Congestiva ou outras doenças cianóticas não totalmente controladas.
- Infarto Agudo no Miocárdio, com menos de 6 (seis) semanas.
- Doença respiratória grave ou Pneumotórax recente.
- Lesões gastrointestinais que possam causar hematemese, melena ou obstrução intestinal.
- Pós-operatórios recentes - incluindo plásticas: 10 (dez) dias para cirurgias abdominais simples e 21 (vinte e um) dias para cirurgias torácicas ou oculares invasivas (exceto laser).
- Doença mental instável sem acompanhante e medicação apropriada para a viagem.
- Convulsões sem controle (a menos que esteja viajando de acompanhante médico).
- Fraturas de mandíbula com fixação da mesma (exceto com acompanhamento médico).
- Introdução recente de ar em cavidade do corpo para fim diagnóstico ou terapêutico - considerar mínimo de 7 (sete) dias.
- Gestantes com mais de 35 semanas ou gestações múltiplas com mais de 32 semanas.
- Crianças com menos de 7 (sete) de vida.
- Casos severos de otites e sinusites.

A lista acima não é definitiva nem única e cada caso será avaliado clinicamente de forma individual segundo as circunstâncias.

Todo e qualquer esclarecimento que tenha sido comunicado não afeta o prognóstico ou a avaliação da aptidão do paciente para viajar independente do médico assistente.

Toda informação fornecida pelos médicos da companhia aérea tem o propósito de informar a situação a bordo de uma cabine pressurizada.

Assinatura e carimbo do médico _____ Local e Data _____