



MODULO ASSISTENZA PASSEGGERI INVALIDI/MALATI

Da compilare per tutti i passeggeri:

- con ferite alla testa, ferite interne o gravi ferite esterne (tagli, bruciature)
- con sclerosi multipla
- con paralisi spasmodica e danni cerebrali
- con deficienza mentale
- che sono stati colpiti da infarto/colpo apoplettico da meno di 6 mesi
- che necessitano dell'ausilio di apparecchiature speciali o di cure speciali durante il volo (ossigeno, respiratore, incubatrice, trasfusioni etc.)
- che non possono viaggiare su un posto passeggeri con schienale in posizione eretta (trasporto su barella)

MEDA

A NOME PASSEGGERO SESSO ETÀ N. TEL

B TRATTA DA A N. VOLO CLASSE DATA

C DIAGNOSI (natura dell'inabilità)

D ACCOMPAGNATORE RICHIESTO DURANTE IL VOLO
 NO Sì, DA UN MEDICO (nome) Sì, DA ALTRA PERSONA QUALIFICATA (nome)

E ASSISTENZA NECESSARIA

WCHR Deambula, ma con molta difficoltà. Richiede assistenza nel transit dal/al cancello di imbarco/uscita. Richiede sedia a rotelle quando deve imbarcarsi/sbarcare camminando in piazzola. Non richiede assistenza se l'imbarco/lo sbarco sono effettuati con l'autobus, non richiede assistenza per salire/scendere le scale dell'aereo, a bordo dell'aeromobile per raggiungere il proprio posto a sedere, la toilette. Non richiede assistenza durante i pasti.

WCHS Deambula, ma con molta difficoltà. Non può utilizzare il bus per l'imbarco. Necessita di assistenza durante gli imbarchi/sbarchi. Non sale/scende le scale dell'aeromobile. Non necessita di assistenza una volta a bordo dell'aeromobile. È autosufficiente durante i pasti.

WCHS/OWN Come sopra - con sedia a rotelle propria. Aggiungere BD se la sedia a rotelle è alimentata da batteria.

WCHC Non deambula. Richiede assistenza anche a bordo dell'aeromobile.

WCHC/OWN Come sopra - con sedia a rotelle propria. Aggiungere BD se la sedia a rotelle è alimentata da batteria.

BED Deve viaggiare su barella.

F A DESTINAZIONE IL PAZIENTE VERRÀ RICOVERATO NO SÌ

Nome ed indirizzo dell'ospedale

AMBULANZA Servizio-ambulanza a destinazione deve essere organizzato dal passeggero o da altro ente specializzato a spese dello stesso passeggero.

OSSIGENO OCCASIONALE Necessita occasionalmente di ossigeno durante il volo.

OSSIGENO CONTINUO Necessita di apporto costante di ossigeno durante il volo.

ALTRO Altri servizi richiesti a terra/a bordo e/o altri servizi organizzati dal medico curante. Specificare.

FREMEC emesso dalla **Compagnia Aerea** valido fino a
 data nome del medico curante firma del medico curante

DICHIARAZIONE DEL PASSEGGERO

Io sottoscritto autorizzo _____ (nome del medico curante) a fornire alla Compagnia Aerea Air Dolomiti le informazioni necessarie relative al mio stato di salute ed esento il suddetto medico curante dal suo dovere professionale di riservatezza riguardo a queste informazioni. Io sottoscritto dichiaro di sollevare Air Dolomiti, i suoi dipendenti ed agenti da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali danni relativi al peggioramento del mio stato di salute quale conseguenza del viaggio aereo. In caso di dispute legali, il sottoscritto dovrà provare che il danno è stato effettivamente provocato da Air Dolomiti o da terzi durante questo trasporto aereo. Il sottoscritto inoltre dichiara di essere informato che Air Dolomiti non è tenuta in alcun modo ad accettarlo su un qualunque altro volo diverso dal presente. Il viaggio del sottoscritto è comunque soggetto alle Condizioni Generali di Trasporto ed ai regolamenti di responsabilità inclusi nello stesso.

Data Agenzia emittente Nome del passeggero

FIRMA
del passeggero



INFORMAZIONI SANITARIE DEL MEDICO CURANTE

Note per il medico curante:

le informazioni dettagliate, richieste in questo modulo, verranno trattate con la massima riservatezza e dovranno consentire alla Compagnia Aerea di accertare l' idoneità del passeggero al viaggio aereo, definendo le condizioni in cui tale viaggio viene reso possibile per il passeggero in questione. Al medico curante è richiesto di rispondere a tutte le domande, mettendo un segno "X" nelle apposite caselle e/o dando precise e concise risposte in stampatello, dove necessario.

MEDA 01	NOME/INDIRIZZO DEL PAZIENTE	SESSO	ETÀ
MEDA 02	NOME/INDIRIZZO DEL MEDICO CURANTE	TEL. STUDIO	TEL. ABITAZIONE
MEDA 03	DATI MEDICI: DIAGNOSI (COMPRESSE INFORMAZIONI INDISPENSABILI)		
	GIORNO/MESE/ANNO DEI PRIMI SINTOMI	DATA DELLA DIAGNOSI G M A	
MEDA 04	PROGNOSI PER IL VIAGGIO		
MEDA 05	Malattia contagiosa o trasmissibile?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Specificare.....
MEDA 06	NIL		
MEDA 07	Il paziente può usare un posto normale sull'aeromobile con lo schienale messo in posizione eretta?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
MEDA 08	Il paziente può provvedere senza assistenza alle proprie necessità a bordo (compresi pasti, uso della toilette)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Se no, tipo di assistenza richiesta
MEDA 09	Il paziente ha bisogno di accompagnatore?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Se sì, tipo di accompagnatore che il medico consiglia
MEDA 10	Il paziente necessita di bombola d'ossigeno durante il volo?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
MEDA 11	Il paziente necessita di assistenza farmaceutica, diversa da autosomministrazione di medicinali, e/o l'uso di speciali apparecchiature come il respiratore, l'incubatrice etc?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Specificare.....
MEDA 12	Durante la sosta a terra, negli aeroporti?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Specificare.....
	A bordo dell'aereo?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Specificare.....
MEDA 13	Il paziente necessita di ricovero ospedaliero?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Se sì, indicare le azioni intraprese
MEDA 14	Durante la sosta prolungata o notturna presso la località di coincidenza lungo la rotta?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Azione
	All'arrivo a destinazione?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Azione
MEDA 15	Altre note per un trasporto comodo e confortevole del paziente	<input type="checkbox"/> NESSUNA	Specificare.....
MEDA 16	Altre forme di assistenza procurate dal medico curante	

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Certifico che il sunnominato paziente, il cui stato è tale da non trovare controindicazioni al viaggio aereo, è idoneo ad effettuare il viaggio specificato nella parte MEDA B, sempreché vengano rispettate le eventuali condizioni particolari da me specificate in questa parte.

Data..... Luogo.....

FIRMA
del medico curante