

## FORMULARZ DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SPECJALNEJ OPIEKI

**W przypadku Pasażerów o Ograniczonej Sprawności Ruchowej (POSR)** strony 1 oraz 3 niniejszego formularza powinny być wypełnione i podpisane przez przedstawiciela Alitalii lub też wypełnione przez pasażera a następnie sprawdzone i podpisane przez przedstawiciela Alitalii.

**Pasażerowie POSR, którzy mogą podróżować** wyłącznie po uprzednim uzyskaniu zgody lekarza, powinni również dostarczyć strony 2 i 4 niniejszego formularza, wypełnione przez lekarza prowadzącego lub lekarza rekomendowanego przez Alitalię. Strony te powinny być również podpisane przez pasażera.

**Niniejszy formularz należy wypełnić** posługując się pismem drukowanym / maszynowym. **Odpowiadając na pytania należy wstawić znak X we wszystkich rubrykach dotyczących pasażera.**

Powyższe dane będą wykorzystane przez Alitalię zgodnie z ustawą prawa włoskiego nr 675/96 dotyczącego ochrony danych osobowych i będą użyte wyłącznie w celu wykonania usługi przewozu. Zaznacza się, że na powyższe przetwarzanie danych osobowych istnieje zgoda ze strony Inspektoratu Ochrony Danych Osobowych.

**Uwaga: Należy poinformować Pasażera o przepisach dotyczących przewozu pasażerów o ograniczonej sprawności ruchowej.**

<b>A</b>	Nazwisko, imię, płeć Pasażera					
<b>B</b>	Proponowana trasa przelotu: Linia/e, numer rejsu, data/y, klasa/y, odcinki, status rezerwacji na całej trasie przelotu					<b>Uwaga:</b> należy poinformować Pasażera, że zmiana rejsów może wymagać dłuższego czasu oczekiwania
<b>C</b>	Rodzaj wymaganej opieki	WCHR <input type="checkbox"/> WCHS <input type="checkbox"/>	WCHC <input type="checkbox"/> BLND <input type="checkbox"/>	DEAF <input type="checkbox"/> BLND/DEAF <input type="checkbox"/>	OXYG <input type="checkbox"/> STCR <input type="checkbox"/>	MEDA <input type="checkbox"/> PREG <input type="checkbox"/>
<b>D</b>	Czy pacjent wymaga noszy na pokładzie NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Wypełnić Sekcję „E”		<b>Uwaga:</b> należy poinformować pasażera o koszcie noszy	
<b>E</b>	Czy potrzebna asysta NIE <input type="checkbox"/> ponieważ Pasażer może WE WŁASNYM ZAKRESIE zadbać o swoje potrzeby podczas lotu (posiłki, korzystanie z toalety, itp.)	TAK <input type="checkbox"/>	Imię, nazwisko, inicjały, płeć wiek osoby asystującej			<b>Uwaga:</b> Pasażerów niesłyszących lub niewidzących należy zapytać, czy towarzyszyć mu będzie pies - przewodnik
<b>F</b>	Czy pasażer potrzebuje wózka inwalidzkiego? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Posiada własny wózek inwalidzki TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Składany wózek inwalidzki TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Elektryczny wózek inwalidzki TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Wózek inwalidzki napędzany baterią alkaliczną TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	<b>Uwaga:</b> należy poinformować pasażera o przepisach dotyczących transportu wózka używanego przez Pasażera oraz prawie obowiązującym w poszczególnych krajach
<b>G</b>	Czy Pasażer wymaga transportu karetką? NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Czy transport zapewnia Linia?: NIE <input type="checkbox"/> kontakt z firmą transportującą TAK <input type="checkbox"/> adres pasażera w miejscu przeznaczenia			<b>Uwaga:</b> należy poinformować Pasażera o koszcie transportu karetką	
<b>H</b>	Czy Pasażer wymaga innych usług naziemnych: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> W porcie wylotu NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> <b>1</b> W porcie przesiadkowym NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> <b>2</b> W porcie przylotu NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> <b>3</b> Inne wymagania/informacje NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> <b>4</b>	Poniżej należy wpisać informacje dotyczące: A – Linii lub innej instytucji świadczącej usługę B – osoby, instytucji pokrywającej koszty transportu C – adresu / telefonu oraz osoby mającej zająć się pasażerem (o ile osoba taka została wyznaczona)				
<b>K</b>	Czy podczas lotu są wymagane usługi specjalne (posiłki specjalne, sprzęt, itp.)? NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	<b>Patrz/ wypełnij strony 2/4 i wpisz następujące dane:</b> A – odcinek, na którym wymagana jest usługa specjalna B – Linia lub inna instytucja świadcząca usługę C – Na czyj koszt świadczona jest usługa				
<b>L</b>	Pasażer jest w posiadaniu ważnej karty FREMEC (Frequent Traveller's Medical Card) NIE <input type="checkbox"/> Lekarz prowadzący Pasażera musi wypełnić stronę 2 i 4 TAK <input type="checkbox"/> Wpisać poniżej dane karty FREMEC					
	<input type="text"/> Numer karty FREMEC	<input type="text"/> Wystawiona przez	<input type="text"/> Ważna do	<input type="text"/> Wiek		
Miejsce		Data		Podpis Przedstawiciela Alitalii		



**FORMULARZ DLA PASAŻERÓW WYMAGAJĄCYCH SPECJALNEJ OPIEKI**

**W przypadku Pasażerów o Ograniczonej Sprawności Ruchowej (POSR)** strony 1 oraz 3 niniejszego formularza powinny być wypełnione i podpisane przez przedstawiciela Alitalii lub też wypełnione przez pasażera a następnie sprawdzone i podpisane przez przedstawiciela Alitalii.

**Pasażerowie POSR, którzy mogą podróżować** wyłącznie po uprzednim uzyskaniu zgody lekarza, powinni również dostarczyć strony 2 i 4 niniejszego formularza, wypełnione przez lekarza prowadzącego lub lekarza rekomendowanego przez Alitalię. Strony te powinny być również podpisane przez pasażera.

**Niniejszy formularz należy wypełnić** posługując się pismem drukowanym / maszynowym. **Odpowiadając na pytania należy wstawić znak X we wszystkich rubrykach dotyczących pasażera.**

Powyższe dane będą wykorzystane przez Alitalię zgodnie z ustawą prawa włoskiego nr 675/96 dotyczącego ochrony danych osobowych i będą użyte wyłącznie w celu wykonania usługi przewozu. Zaznacza się, że na powyższe przetwarzanie danych osobowych istnieje zgoda ze strony Inspektoratu Ochrony Danych Osobowych.

**Uwaga: Należy poinformować Pasażera o przepisach dotyczących przewozu pasażerów o ograniczonej sprawności ruchowej.**

<b>A</b>	Nazwisko, imię, płeć Pasażera				
<b>B</b>	Proponowana trasa przelotu: Linia/e, numer rejsu, data/y, klasa/y, odcinki, status rezerwacji na całej trasie przelotu				<b>Uwaga:</b> należy poinformować Pasażera, że zmiana rejsów może wymagać dłuższego czasu oczekiwania
<b>C</b>	Rodzaj wymaganej opieki	WCHR <input type="checkbox"/> WCHS <input type="checkbox"/>	WCHC <input type="checkbox"/> BLND <input type="checkbox"/>	DEAF <input type="checkbox"/> BLND/DEAF <input type="checkbox"/>	OXYG <input type="checkbox"/> STCR <input type="checkbox"/> MEDA <input type="checkbox"/> PREG <input type="checkbox"/>
<b>D</b>	Czy pacjent wymaga noszy na pokładzie NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Wypełnić Sekcję „E”		<b>Uwaga:</b> należy poinformować pasażera o koszcie noszy
<b>E</b>	Czy potrzebna asysta NIE <input type="checkbox"/> ponieważ Pasażer może WE WŁASNYM ZAKRESIE zadbać o swoje potrzeby podczas lotu (posiłki, korzystanie z toalety, itp.)	TAK <input type="checkbox"/>	Imię, nazwisko, inicjały, płeć wiek osoby asystującej		<b>Uwaga:</b> Pasażerów niesłyszących lub niewidzących należy zapytać, czy towarzyszyć mu będzie pies - przewodnik
<b>F</b>	Czy pasażer potrzebuje wózka inwalidzkiego? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Posiada własny wózek inwalidzki TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Składany wózek inwalidzki TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Elektryczny wózek inwalidzki TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Wózek inwalidzki napędzany baterią alkaliczną TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
<b>G</b>	Czy Pasażer wymaga transportu karetką? NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Czy transport zapewnia Linia?: NIE <input type="checkbox"/> kontakt z firmą transportującą TAK <input type="checkbox"/> adres pasażera w miejscu przeznaczenia			<b>Uwaga:</b> należy poinformować Pasażera o koszcie transportu karetką
<b>H</b>	Czy Pasażer wymaga innych usług naziemnych: NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> W porcie wylotu NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	Poniżej należy wpisać informacje dotyczące: A – Linii lub innej instytucji świadczącej usługę B – osoby, instytucji pokrywającej koszty transportu C – adresu / telefonu oraz osoby mającej zająć się pasażerem (o ile osoba taka została wyznaczona)			
<b>1</b>	W porcie przesiadkowym NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>				
<b>2</b>	W porcie przylotu NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>				
<b>3</b>	Inne wymagania/informacje NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>				
<b>K</b>	Czy podczas lotu są wymagane usługi specjalne (posiłki specjalne, sprzęt, itp.)? NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	<b>Patrz/ wypełnij strony 2/4 i wpisz następujące dane:</b> A – odcinek, na którym wymagana jest usługa specjalna B – Linia lub inna instytucja świadcząca usługę C – Na czyj koszt świadczona jest usługa			
<b>L</b>	Pasażer jest w posiadaniu ważnej karty FREMEC (Frequent Traveller's Medical Card) NIE <input type="checkbox"/> Lekarz prowadzący Pasażera musi wypełnić stronę 2 i 4 TAK <input type="checkbox"/> Wpisać poniżej dane karty FREMEC				
	<input type="text"/> Numer karty FREMEC	<input type="text"/> Wystawiona przez	<input type="text"/> Ważna do	<input type="text"/> Wiek	
	Miejsce	Data	Podpis Przedstawiciela Alitalii		

FORMULARZ INFORMACJI MEDYCZNYCH		POUFNE		
Wypełnia lekarz prowadzący	Odpowiedz na WSZYSTKIE pytania, wpisz znak X w rubrykach TAK lub NIE, uzupełniając opis stosuj pismo drukowane lub maszynowe. Niniejszy formularz ma charakter POUFNY i jest sporządzany, by umożliwić DZIAŁOWI MEDYCZNEMU Alitalii ocenę czy pasażer jest zdalny do odbycia podróży zgodnie z trasą zamieszczoną na str. 1. Wyżej wspomniane dane będą przetwarzane przez Alitalię zgodnie z ustawą prawa włoskiego nr. 675/96 dotyczącą ochrony danych osobowych i będą użyte wyłącznie w celu dokonania usługi przewozu. Zaznacza się, że na powyższe przetwarzanie danych osobowych istnieje zgoda ze strony Inspektoratu Ochrony Dany Osobowych. Jeżeli Pasażer zostanie uznany za zdolnego do odbycia podróży, uzyskane informacje pozwolą na wydanie wszelkich rozporządzeń niezbędnych do zapewnienia Pasażerowi komfortu i wygody.	Formularz należy zwrócić do:  (Wyznaczone biuro Alitalii)		
Kod Linii MEDA 01	NAZWISKO, IMIĘ, PŁEĆ I WIEK PASAŻERA			
MEDA 02	LEKARZ BADAJĄCY - Nazwisko i adres  - Kontakt telefoniczny	<table border="1"> <tr> <td>Slużbowy</td> <td>Domowy</td> </tr> </table>	Slużbowy	Domowy
Slużbowy	Domowy			
MEDA 03	DANE MEDYCZNE - Szczegółowa DIAGNOZA (zawierająca najistotniejsze informacje) - Dzień / miesiąc / rok wystąpienia pierwszych objawów	<table border="1"> <tr> <td>operacji</td> <td>badania</td> </tr> </table>	operacji	badania
operacji	badania			
MEDA 04	- PRZEWIDYWANIA podczas lotu			
MEDA 05	- Czy jest to CHOROBA ZAKAŻNA?      NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> → Szczegóły			
MEDA 06	- Czy Pasażer wymaga specjalnej opieki?      NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> → Szczegóły			
MEDA 07	- Czy Pasażer może korzystać ze standardowego fotela lotniczego z PIONOWO ustawionym oparciem?      TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> → Szczegóły			
MEDA 08	- Czy Pasażer jest w pełni samodzielny na pokładzie samolotu (posiłki, korzystanie z toalety, itp.) ? (patrz nota x)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Określ rodzaj pomocy <input type="text"/>		
MEDA 09	- Jeżeli Pasażer wymaga asysty, to czy usługi o których mowa na stronie 1 w punkcie E, są wystarczające?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Określ rodzaj zaproponowanej asysty <input type="text"/>		
MEDA 10	- Czy Pasażer wymaga SPRZĘTU TLENOWEGO w czasie lotu? ( jeżeli tak, to określ przepływ) (patrz nota xx)	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> → litrów na min <input type="text"/> Ciągły? NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>		
MEDA 11	- Czy są wymagane dla Pasażera INNE ŚRODKI (patrz nota x) niż przez niego stosowane samodzielnie i/lub użycie specjalnych urządzeń medycznych takich jak respirator itp.? (patrz nota xx)	(A) na LOTNISKU NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Szczegóły → <input type="text"/>		
MEDA 12		(B) na pokładzie SAMOLOTU NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Szczegóły → <input type="text"/>		
MEDA 13	- Czy Pasażer wymaga HOSPITALIZACJI? (Jeżeli tak, opisz co zostało w tym celu zrobione, jeżeli nic nie zostało jeszcze zorganizowane, wpisz BRAK DZIAŁANIA)	(A) w czasie długiej przerwy lub nocowania na trasie NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Działanie → <input type="text"/>		
MEDA 14		(B) w PORCIE DOCELOWYM NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Działanie → <input type="text"/>		
MEDA 15	- Inne informacje przydatne dla zapewnienia pacjentowi komfortu w podróży	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Szczegóły (patrz nota xx)		
MEDA 16	- Inne środki zastosowane przez lekarza badającego			
UWAGA (x) Personel pokładowy NIE jest uprawniony do świadczenia usług wybranym Pasażerom kosztem innych Pasażerów. Personel ten, został ponadto przeszkolony wyłącznie w zakresie udzielania PIERWSZEJ POMOCY.		UWAGA (xx): KOSZTY WYNIKAJĄCE Z POWYŻSZYCH INFORMACJI ORAZ DOSTAWY SPECJALISTYCZNEGO SPRZĘTU PRZEZ PRZEWOŹNIKA SĄ POKRYWANE PRZEZ KORZYSTAJĄCEGO Z NICH PASAŻERA.		
Miejsce	Data	Podpis lekarza badającego		
OŚWIADCZENIE PASAŻERA				
Niniejszym upoważniam ..... (Nazwisko wybranego lekarza)				
do przekazania Linii informacji dotyczących stanu mojego zdrowia w związku z planowaną podróżą lotniczą i zwalniam rzeczonoego lekarza od zachowania tajemnicy lekarskiej oraz zgadzam się na wypłatę honorarium wynikającego ze świadczonych usług. Przyjmuję do wiadomości fakt, że w przypadku przyjęcia mnie na pokład, podczas podróży będę podlegał ogólnym warunkom przewozu stosowanym przez przewoźnika oraz odpowiednim regułom taryfowym a także akceptuję to, że odpowiedzialność przewoźnika nie wykracza poza zobowiązania wynikające z tych warunków/ i reguł taryfowych. Na żądanie przewoźnika, zgadzam się pokryć koszty wszelkich usług specjalnych oraz innych kosztów wynikających z transportu mojej osoby. (W razie potrzeby, tekst powinien być odczytany pasażerowi lub przez tegoż Pasażera, opatrzony datą oraz podpisany przez niego lub w jego imieniu.)				
Miejsce	Data	Podpis Pasażera		

ZALĄCZNIK do str. 2,  
przeznaczony dla LEKARZA  
BADAJĄCEGO

## STANDARDOWY FORMULARZ INFORMACJI MEDYCZNYCH DLA PODRÓŻY LOTNICZYCH

Przeciwwskazania kliniczne do transportu lotniczego w przypadku pasażerów  
wymagających opieki specjalnej

W celu stwierdzenia, czy pasażer może odbyć podróż lotniczą zgodnie z trasą wskazaną na stronie 1, należy zapoznać się z informacjami dotyczącymi lotu jako takiego:

a) Maksymalne ciśnienie w kabinie może osiągnąć wielkość równą ciśnieniu powietrza na wysokości 2450 metrów (ok. 8000 stóp). Wartość ta rzadko jest osiągana w naszych samolotach i jeżeli dojdzie do jej wytworzenia trwa przez bardzo krótki czas.

Niedobór tlenu w tkankach, który następuje w wyniku wytworzenia się wspomnianego wyżej ciśnienia jest nieszkodliwy dla osób w dobrym stanie zdrowia.

U osób, u których mechanizm przystosowywania się do tego typu zmian został uszkodzony, ciśnienie występujące w kabinie pasażerskiej może wywołać zaburzenia.

Obniżenie ciśnienia w kabinie może powodować ekspansję gazów zawartych w narządach wewnętrznych organizmu. Zwykle pasażer nie odczuwa zwiększenia się objętości tych gazów.

Ekspansję tę można odczuć przy nagłych zmianach ciśnienia, np. w momencie startu, podczas którego prędkość pionowa nie przekracza wielkości 200 m/min i kiedy dochodzi do zmiany wysokości przelotu.

Podczas lotu, jednym z najważniejszych czynników fizjologicznych jest umiarkowana depresja atmosferyczna .

b) W momencie startu przyspieszenie rośnie o 0,3 „g”.

Również i to zjawisko jest odczuwane przez pasażera w minimalnym stopniu.

Pasażer może odczuwać dyskomfort wynikający z zaburzeń, na które cierpi.

Przyspieszenie może spowodować w organizmie niewielkie zmiany o charakterze hemodynamicznym.

Przyspieszenie, w połączeniu z turbulencjami oraz czynnikami fizjologicznymi może wywołać chorobę lokomocyjną

c) Natężenie światła w atmosferze jest bardzo duże i u osób o dużej wrażliwości narządów wzroku, może wywoływać łzawienie oraz przekrwienie spojówek .

Rozwiązaniem może być założenie okularów z ciemnymi szklami.

d) Loty międzykontynentalne wiążą się ze zmianą stref czasowych.

Dla przykładu: trasa Rzym - Nowy Jork pokonywana jest w osiem godzin, w związku z czym, przemieszczenie się przez strefy czasowe sprawia, że dla pasażera doba wydłuża się do 30 godzin.

W czasie podróży powrotnej, doba skraca się do 18 godzin.

Nie bez znaczenia jest też nagła zmiana klimatu.

Czasami, w zaledwie parę godzin, można zmienić klimat równikowy na umiarkowany lub subpolarny, przy czym organizm nie otrzymuje wystarczającej ilości czasu na dostosowanie się do zmian.

Również zmiana wysokości nie pozostaje bez wpływu na samopoczucie pasażera.

I tak, w przypadku podróży do Nairobi (znajdującego się na wysokości 1800 m n.p.m.), ciśnienie w stolicy Kenii może być wyższe od ciśnienia, które wytworzyło się w kabinie pasażerskiej w chwili wylotu z Rzymu.

W przypadku pasażerów z problemami zdrowotnymi, wszystkie te czynniki powinny być brane pod uwagę.

Dlatego też, zważywszy powyższe, podróży lotniczych nie powinni odbywać pasażerowie cierpiący na następujące schorzenia:

1) osoby z poważnymi chorobami serca, takimi jak: niewydolność krążenia, ostatnio przebyta zakrzepica tętnicy wieńcowej czy zawał mięśnia sercowego.

Pasażerowie po zawale nie powinni podróżować przez sześć następných tygodni.

2) osoby po zabiegach wymagających wprowadzenia do organizmu powietrza lub innych substancji takich jak odma lecznicza płuc, wentrykulografia, odma śródpiersia, odma otrzewnowa, itp.

3) osoby chore psychicznie i/lub nerwowo, wymagające silnych środków uspokajających i podróżujące bez opiekunów,

4) osoby cierpiące na zapalenie ucha środkowego połączonego z niedrożnością trąbki Eustachiusza,

5) osoby chore na choroby zakaźne,

6) osoby cierpiące na zakaźne lub budzące odragę choroby skóry,

7) osoby ze świeżo przebyłą chorobą polio (od ostatniego ataku musi minąć co najmniej miesiąc) lub w jakimkolwiek stadium choroby polio w postaci opuszkowej,

8) osoby chore na nowotwory klatki piersiowej, nieleczoną przepuklinę, niedrożność jelitową, pęknięcie czaszki, choroby powodujące wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego a także osoby z uszkodzoną na stałe szczęką,

9) osoby posiadające niezabliźnione blizny chirurgiczne,

10) kobiety ciężarne w okresie do 7 dni do porodu lub 7 dni po porodzie,

11) wcześniaki lub noworodki w okresie do 7 dni po porodzie.