

ФОРМА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (Часть II) – MEDIF II

ЧАСТЬ 2	ЛИСТОК ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ							
Заполняется ВРАЧОМ медицинского центра, одобренного «Вьетнамскими авиалиниями».	В этой форме содержится КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ информация, которая позволяет МЕДИЦИНСКОМУ отделу авиакомпаний оценить соответствие физического состояния пассажира требованиям воздушных перевозок, как обозначено в прилагаемой форме MEDIF I. Если состояние здоровья пассажира удовлетворительное, то эта информация позволит дать необходимые указания для обеспечения здоровья и комфорта пассажира. ВРАЧ-диагностик должен ОТВЕТИТЬ НА ВСЕ ВОПРОСЫ: (Поставьте «х» в соответствующем поле «ДА» или «НЕТ», и/или предоставьте краткий и четкий ответ). ПРОСИМ ВАС ЗАПОЛНЯТЬ ФОРМУ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ИЛИ С ПОМОЩЬЮ ПЕЧАТНОЙ МАШИНЫ.		Данную форму необходимо направить (адрес представительства перевозчика)					
MEDA01	ФИО Мужчины/Женщина Возраст:							
MEDA02	ФИО врача: Адрес: Номер телефона: Рабочий: Домашний:							
MEDA03	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="347 678 704 764" rowspan="2"> КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ - детальный ДИАГНОЗ (включая основные физиологические показатели) День/месяц/год первых симптомов: </td><td colspan="2" data-bbox="704 678 1451 720"> Дата операции: </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="704 720 1451 764"> Дата диагноза: </td></tr> </table>			КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ - детальный ДИАГНОЗ (включая основные физиологические показатели) День/месяц/год первых симптомов:	Дата операции:		Дата диагноза:	
КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ - детальный ДИАГНОЗ (включая основные физиологические показатели) День/месяц/год первых симптомов:	Дата операции:							
	Дата диагноза:							
MEDA 04	ПРОГНОЗ запланированной поездки:							
MEDA 05	Заболевание является инфекционным И заразным? Нет ☐ если ДА, опишите детально: Да ☐							
MEDA06	Причиняет ли пациент НЕУДОБСТВА другим пассажирам (запахом, внешним видом, поведением)? Нет ☐ если ДА, опишите детально: Да ☐							
MEDA07	Может ли пациент использовать стандартное кресло самолета в ИСХОДНОМ положении, когда это необходимо? Нет ☐ Да ☐							
MEDA08	Может ли пациент сам позаботиться о себе в самолете БЕЗ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ (*) Нет ☐ если НЕТ, то опишите какая помощь необходима? (в том числе принятие пищи, поход в туалет и т.д.)? Да ☐							
MEDA09	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="347 1165 704 1241" rowspan="2"> Нуждается ли пациент в СОПРОВОЖДЕНИИ? Нет ☐ Да ☐ </td><td colspan="2" data-bbox="704 1165 1451 1230"> Если ДА, то подходят ли Вам условия, определенные в форме MEDIF I/E? Нет ☐ Да ☐ </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="704 1230 1451 1283"> Если НЕТ, то укажите тип сопровождения, которое ВАМ хотелось бы получить: </td></tr> </table>			Нуждается ли пациент в СОПРОВОЖДЕНИИ? Нет ☐ Да ☐	Если ДА, то подходят ли Вам условия, определенные в форме MEDIF I/E? Нет ☐ Да ☐		Если НЕТ, то укажите тип сопровождения, которое ВАМ хотелось бы получить:	
Нуждается ли пациент в СОПРОВОЖДЕНИИ? Нет ☐ Да ☐	Если ДА, то подходят ли Вам условия, определенные в форме MEDIF I/E? Нет ☐ Да ☐							
	Если НЕТ, то укажите тип сопровождения, которое ВАМ хотелось бы получить:							
MEDA10	Нуждается ли пациент в КИСЛОРОДНОМ (**) оборудовании во время полета? Да ☐ Нет ☐ Нужно постоянно? Да ☐ Нет ☐ Литры (в минуту)							
MEDA11 MEDA12	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="347 1402 704 1547" rowspan="2"> Нужны ли пациенту какие-то МЕДИКАМЕНТЫ (*), кроме тех, которые принимаются самостоятельно, и необходимо ли какое-то специальное оборудование - респиратор, инкубатор и т.п.(**)...? </td><td colspan="2" data-bbox="704 1402 1451 1470"> (а) на ЗЕМЛЕ Нет ☐ если ДА, опишите детально: в аэропорту(ах) Да ☐ </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="704 1470 1451 1547"> (б) на борту САМОЛЕТА Нет ☐ если ДА, опишите детально: Да ☐ </td></tr> </table>			Нужны ли пациенту какие-то МЕДИКАМЕНТЫ (*), кроме тех, которые принимаются самостоятельно, и необходимо ли какое-то специальное оборудование - респиратор, инкубатор и т.п.(**)...?	(а) на ЗЕМЛЕ Нет ☐ если ДА, опишите детально: в аэропорту(ах) Да ☐		(б) на борту САМОЛЕТА Нет ☐ если ДА, опишите детально: Да ☐	
Нужны ли пациенту какие-то МЕДИКАМЕНТЫ (*), кроме тех, которые принимаются самостоятельно, и необходимо ли какое-то специальное оборудование - респиратор, инкубатор и т.п.(**)...?	(а) на ЗЕМЛЕ Нет ☐ если ДА, опишите детально: в аэропорту(ах) Да ☐							
	(б) на борту САМОЛЕТА Нет ☐ если ДА, опишите детально: Да ☐							
MEDA13 MEDA14	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="347 1564 704 1696" rowspan="2"> Требуется ли пациенту ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ? (Если ДА, укажите какие действия были предприняты. Если НИКАКИХ действий предпринято не было, укажите «ДЕЙСТВИЯ НЕ ПРЕДПРИНИМАЛИСЬ») </td><td colspan="2" data-bbox="704 1564 1451 1631"> (а) в течение длительной пересадки или ночной остановки в ПУНКТАХ ПЕРЕСАДКИ по маршруту Нет ☐ Укажите: Да ☐ </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="704 1631 1451 1730"> (б) по прибытию в пункт НАЗНАЧЕНИЯ Нет ☐ Укажите: Да ☐ </td></tr> </table>			Требуется ли пациенту ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ? (Если ДА, укажите какие действия были предприняты. Если НИКАКИХ действий предпринято не было, укажите «ДЕЙСТВИЯ НЕ ПРЕДПРИНИМАЛИСЬ»)	(а) в течение длительной пересадки или ночной остановки в ПУНКТАХ ПЕРЕСАДКИ по маршруту Нет ☐ Укажите: Да ☐		(б) по прибытию в пункт НАЗНАЧЕНИЯ Нет ☐ Укажите: Да ☐	
Требуется ли пациенту ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ? (Если ДА, укажите какие действия были предприняты. Если НИКАКИХ действий предпринято не было, укажите «ДЕЙСТВИЯ НЕ ПРЕДПРИНИМАЛИСЬ»)	(а) в течение длительной пересадки или ночной остановки в ПУНКТАХ ПЕРЕСАДКИ по маршруту Нет ☐ Укажите: Да ☐							
	(б) по прибытию в пункт НАЗНАЧЕНИЯ Нет ☐ Укажите: Да ☐							
MEDA15	Другие примечания или информация, которые существенны для спокойной и комфортабельной перевозки вашего пациента Нет ☐ если ДА, опишите детально(**) Да ☐							
MEDA16	Другие мероприятия, предписанные врачом							
(*) ПРИМЕЧАНИЕ Стюарды в самолете НЕ имеют права предоставлять специальные услуги отдельным пассажирам в ущерб обслуживанию других пассажиров. Кроме того, они проходили обучение по оказанию только ПЕРВОЙ ПОМОЩИ и им НЕ РАЗРЕШАЕТСЯ ставить уколы или давать медикаменты. (**) ВАЖНО ВСЕ СБОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УПЛАЧЕНЫ УКАЗАННЫМ ПАССАЖИРОМ								
Дата:	Место	ФИО и подпись врача Печать медицинского центра, одобренного «Вьетнамскими авиалиниями» (ФИО)						

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАССАЖИРА

Настоящим я разрешаю

(ФИО ВРАЧА медицинского центра, одобренного «Вьетнамскими авиалиниями»)

предоставить авиакомпании необходимую ей информацию с целью оценки соответствия моего физического состояния требованиям воздушных перевозок. Настоящим я освобождаю врача от его/ее профессиональных обязанностей соблюдения конфиденциальности относительно указанной информации и согласен оплатить услуги данного врача в связи с вышеуказанным.

Я осознаю, что если мое состояние будет соответствовать требованиям для воздушных перевозок, то мой перелет будет осуществлен согласно общим условиям перевозок/тарифам указанного перевозчика и что перевозчик не несет никакой дополнительной ответственности сверх указанных условий/тарифов.

Я согласен по требованию компенсировать перевозчику любые особые затраты, связанные с моей транспортировкой.

Дата:

Место

Подпись пассажира
(ФИО)