

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Potrzebujących Wsparcia

Załącznik A - wypełnia pasażer (wskazówki obsługi dla pracowników linii lotniczych)

IATA Resolution 700 Attachment A

1	Imię i nazwisko pasażera		Tytuł	Wiek	Płeć
2	Numer rezerwacji pasażera				
3	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data	Klasa
	Numer lotu	Odlot z	Przylot do	Data	Klasa
4	Powód wymaganego wsparcia (np. kobieta powyżej 32. tygodnia ciąży; niemowlę do 7. dnia życia; pasażer wymagający dodatkowego tlenu itd.)				
5	Czy wymagasz asysty podczas podróży? ☐ TAK ☐ NIE A. Jeśli TAK, podaj imię i nazwisko osoby asystującej B. Podaj numer rezerwacji (jeśli inny) C. Kwalifikacje medyczne lekarz/lekarka, pielęgniarz/pielęgniarka?				
6	Czy potrzebujesz usługi asysty specjalnej na lotnisku? ☐ WCHR – Jesteś w stanie wejść/zejść po schodach ☐ WCHS – Nie jesteś w stanie wejść/zejść po schodach ☐ WCHC – Nie jesteś w stanie chodzić ☐ Nie potrzebuję				
7	A. Czy potrzebujesz przewozić wózek inwalidzki? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, określ typ wózka: ☐ napędzany manualnie WCOMP ☐ z bateriami zabezpieczonymi przed wyciekami WCBBD ☐ z bateriami niezabezpieczonymi przed wyciekami WCBW ☐ z bateriami litowo-jonowymi WCLB B. Czy wózek jest składany? ☐ TAK ☐ NIE Podaj rozmiar wózka (jeśli to możliwe, po złożeniu): Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____ W przypadku wózków zasilanych bateriami, podaj: Liczba baterii: _____ Parametry każdej baterii w watogodzinach (Wh): _____				
Musisz zadbać o to, żeby przewody w środku wózka elektrycznego były dobrze zabezpieczone i odizolowane w celu uniknięcia przypadkowych zwarc.					
8	Czy potrzebujesz usługi wózka pokładowego WCOB w dotarciu z/do toalety? ☐ TAK ☐ NIE				
9	Potrzebny ambulans? ☐ TAK ☐ NIE Podaj dane kontaktowe firmy zapewniającej ambulans Organizacja ambulansu stoi po stronie pasażera, ubezpieczyciela itp.				
10	A. Czy potrzebujesz dodatkowego tlenu podczas lotu? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, pamiętaj, że musisz korzystać ze swojego koncentratora tlenu (POC) podczas lotu. Podaj markę i model POC Długość (cm): _____ Szerokość (cm): _____ Wysokość (cm): _____ Waga (kg): _____ Liczba baterii: _____ Parametry każdej baterii w watogodzinach (Wh): _____ Rodzaj baterii: _____ B. Z powodu braku możliwości zasilania POC z gniazdka pokładowego, potwierdzam, że posiadam dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu. ☐ TAK ☐ NIE Przykład: Jeśli lot trwa 8 godzin, należy zabrać ze sobą baterię wystarczającą na 12 godzin lotu. Pamiętaj, że usługa przewozu lub udostępniania butli tlenowej na pokładzie jest niedostępna.				
11	Inne formy wsparcia ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, wskaż: Lotnisko wylotu Lotnisko tranzytowe Lotnisko docelowe				

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych:

Dane osobowe, w tym informacje o stanie zdrowia, podane w niniejszym formularzu lub załączone do niego, będą wykorzystywane przez Polskie Linie Lotnicze LOT S.A. w celu obsługi wniosku pasażerów wymagających autoryzacji medycznej oraz zorganizowania niezbędnej pomocy w organizacji podróży.

W celu oceny i rozpatrzenia Państwa prośby, a także zapewnienia odpowiedniej pomocy, opieki i sprzętu, Polskie Linie Lotnicze LOT S.A. będą przetwarzały Państwa dane osobowe.

Może być również konieczne przekazanie tych danych innym liniom lotniczym (jeśli dotyczy ich rezerwacja) oraz podmiotom takim jak lekarze, personel lotniskowy i linii lotniczych, organy rządowe i służby kontroli granicznej. W przypadku, gdy wniosek dotyczy pomocy specjalnej, dane mogą zostać przekazane odpowiednim służbom lotniskowym.

Szczegółowe informacje znajdują się w polityce prywatności Polskich Linii Lotniczych LOT S.A.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w tym wykorzystywanie i/lub ujawnianie moich danych osobowych, w tym informacji o stanie zdrowia, w celach określonych powyżej.

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

Załącznik B Część Pierwsza - wypełnia lekarz prowadzący

IATA Resolution 700 Attachment B

Formularz zapewnia ścisłą **poufność**. Informacje mają na celu ocenę stanu zdrowia pasażera i dopuszczenie do podróży. Jeśli pasażer zostanie dopuszczony do podróży, zebrane informacje pozwolą na wydanie niezbędnych decyzji mających na celu realizację potrzeb pasażera oraz zapewnienie komfortu podczas lotu. Lekarz prowadzący pasażera jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w formularzu.

12	Imię i nazwisko pasażera	Wiek	Płeć
13	Lekarz prowadzący (imię i nazwisko)	e-mail	
	Adres	Telefon (+ nr kierunkowy kraju)	
14	Diagnoza (daty ostatnich zabiegów i początku zachorowania lub informacje dotyczące ciąży)		
	Należy wskazać datę oraz naturę każdego z ostatnich badań oraz zabiegów		
15	Obecne objawy i ich dotkliwość. Czy występuje choroba zakaźna? Jeśli tak, należy podać szczegóły		
16	Czy zmniejszenie otaczającego cząstkowego ciśnienia tlenu o 25-30% (względne niedotlenienie) wpłynie na stan zdrowia pasażera? (Ciśnienie w kabinie jest odpowiednikiem szybkiej podróży górskiej na wysokość 2400 metrów/8000 stóp nad poziomem morza). TAK ☐ NIE ☐ Brak pewności ☐		
17	Czy u pasażera występuje: A. Anemia TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, poziom hemoglobiny w gramach B. Problemy kardiologiczne TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 22-24. C. Problemy oddechowe TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 25. D. Zaburzenia psychiczne TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 26. E. Napady drgawek TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wypełnić punkt 27. F. Czy pasażer używa tlenu w domu? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, należy wskazać ile G. Kontrolowane oddawanie moczu TAK ☐ NIE ☐ H. Kontrolowane wypróżnianie TAK ☐ NIE ☐ Jeśli w punkcie G i/lub H wskazano NIE, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.		
18	Czy pasażer jest zdolny do podróży bez asysty? TAK ☐ NIE ☐ A. Jeśli NIE, czy asysta zapewniona przez przewoźnika jest wystarczająca? TAK ☐ NIE ☐ B. Jeśli NIE, kto będzie udzielał pasażerowi wsparcia (należy podać kwalifikacje np. lekarz/lekarka)? C. Jeśli osoba asystująca nie ma kwalifikacji medycznych, czy jest w pełni zdolna do wsparcia we wszystkich potrzebach? TAK ☐ NIE ☐		
19	Pozycja siedząca Czy pasażer może odbyć podróż w pozycji siedzącej, kiedy jest to wymagane? TAK ☐ NIE ☐		
20	Czy pasażer potrzebuje lekarstw innych niż przyjmowane samodzielnie? TAK ☐ NIE ☐ A. Na lotnisku TAK ☐ NIE ☐ B. Na pokładzie samolotu TAK ☐ NIE ☐ Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano TAK, pasażer musi podróżować z osobą asystującą.		
21	Czy pasażer potrzebuje korzystać z innych urządzeń medycznych, np. respirator? A. Na lotnisku TAK ☐ NIE ☐ B. Na pokładzie samolotu TAK ☐ NIE ☐ Jeśli w punkcie A i/lub B wskazano TAK, należy podać: Rodzaj urządzenia Długość (cm): Szerokość (cm): Wysokość (cm): Waga (kg): Liczbę baterii: Parametry każdej baterii w watogodzinach (Wh): Rodzaj baterii: Jeśli pasażer potrzebuje korzystać z urządzenia medycznego podczas lotu, musi posiadać dodatkowe baterie, które wystarczą na 150% czasu trwania lotu, np. jeśli lot trwa 8 godzin, należy zabrać ze sobą baterię wystarczającą na 12 godzin lotu.		
22	Stan układu krążenia A. Objawy choroby wieńcowej? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek? Czy stan jest stabilny? TAK ☐ NIE ☐ B. Jaki jest stopień wydolności pasażera? ☐ Brak objawów ☐ Przy dużym wysiłku ☐ Przy lekkim wysiłku ☐ Podczas spoczynku Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK ☐ NIE ☐		

Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

Załącznik B Część Druga - wypełnia lekarz prowadzący

IATA Resolution 700 Attachment B

23	Zawał mięśnia sercowego	TAK ☐ NIE ☐	Data:	
	A. Powikłania	TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, należy podać szczegóły:	
	B. Próba wysiłkowa	TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, jaki był wynik?	
	C. Jeśli leczony inwazyjnie (bypass): Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK ☐ NIE ☐			
24	Niewydolność mięśnia sercowego?	TAK ☐ NIE ☐		
	A. Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek?			
	B. Jaki jest stopień nasilenia niewydolności mięśnia sercowego?			
	☐ Brak objawów ☐ Dusznosc przy dużym wysiłku ☐ Dusznosc przy lekkim wysiłku ☐ Dusznosc podczas spoczynku Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK ☐ NIE ☐			
25	Przewlekłe choroby płuc	TAK ☐ NIE ☐		
	Jeśli TAK, należy wypełnić poniższe podpunkty			
	A. Czy była wykonywana gazometria?	TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, należy podać datę badania	
	B. Badanie wykonane:	☐ w powietrzu ☐ w trakcie podawania tlenu	Przepływ/Litry na minutę (LPM)	
	Należy podać wyniki: Saturacja pCO ₂ pO ₂			
	C. Czy występuje retencja CO ₂ ?	TAK ☐ NIE ☐		
	D. Czy stan pasażera uległ ostatnio pogorszeniu?	TAK ☐ NIE ☐		
26	E. Czy pasażer jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów?	TAK ☐ NIE ☐		
	F. Czy pasażer odbył kiedykolwiek lot samolotem w tych samych warunkach zdrowotnych?	TAK ☐ NIE ☐		
	Jeśli TAK, należy wskazać kiedy			
	Czy pasażer miał jakiegokolwiek problemy?			
	Stan psychiczny			
27	A. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że lot negatywnie wpłynie na stan psychiczny pasażera?	TAK ☐ NIE ☐		
	B. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że stan psychiczny pasażera podczas lotu będzie powodował stres lub dyskomfort u innych pasażerów?	TAK ☐ NIE ☐		
	C. Czy pasażer podróżował samolotem wcześniej?	TAK ☐ NIE ☐		
	Jeśli TAK, należy podać datę podróży			
28	Napady padaczkowe	TAK ☐ NIE ☐		
	A. Jakiego rodzaju są napady?			
	B. Częstotliwość napadów?			
	C. Kiedy nastąpił ostatni atak?			
29	D. Czy pasażer jest leczony?	TAK ☐ NIE ☐		
	Omdlenia?	TAK ☐ NIE ☐		
30	Jeśli TAK, kiedy stwierdzono ostatni przypadek?			
	Jaka jest kondycja zdrowotna pasażera przed podróżą?	DOBRA ☐ ZŁA ☐		
31	Należy wypełnić tylko w przypadku ciąży pasażerki			
	A. Cięża pojedyncza ☐ Cięża mnoga ☐			
32	Tydzień ciąży:			
	B. ☐ Potwierdzam brak znanych komplikacji u pasażerki i dziecka, stanowiących przeciwwskazanie do lotu.			
33	A. Pasażer zdolny do odbycia podróży lotniczej	TAK ☐ NIE ☐		
	B. Data wypełnienia formularza			
34	Podpis i pieczęć lekarza			

W sytuacji medycznej personel pokładowy jest przeszkolony wyłącznie do udzielenia pierwszej pomocy. Nie jest uprawniony do wykonywania zastrzyków, podawania leków oraz podnoszenia lub przenoszenia pasażerów.

OŚWIADCZENIE PASAŻERA:

Wyrażam zgodę na przekazanie przez: _____
(imię i nazwisko lekarza)

liniom lotniczym informacji na temat stanu mojego zdrowia w celu określenia mojej zdolności do przewozu lotniczego i w związku z tym zwalniam tego lekarza z jego/jej zawodowego obowiązku zachowania poufności w odniesieniu do takich informacji. Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia ewentualnych kosztów z tym związanych. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku akceptacji niniejszego zaświadczenia moja podróż będzie podlegać ogólnym warunkom przewozu przewoźnika oraz że przewoźnik nie ponosi żadnej szczególnej odpowiedzialności wykraczającej poza te wskazane w ww. warunkach. Zobowiązuję się zwrócić przewoźnikowi na jego żądanie wszelkie ewentualne szczególne wydatki lub koszty związane z realizacją przewozu lotniczego.