

MODULO INFORMATIVO PER PASSEGGERI CHE RICHIEDONO UNA ASSISTENZA PARTICOLARE

Rispondere a **TUTTE** le domande. Mettere un segno (X) nelle caselle «SI» o «NO»
 Compilare il modulo in **STAMPATELLO** od a **MACCHINA**

A COGNOME / INIZIALI / TITOLO /
 NUMERO DI TELEFONO DEL PASSEGGERO:

B ITINERARIO PROPOSTO
 vettori, numeri dei voli, classi, date, tratte, stato della prenotazione di viaggio aereo continuo

C NATURA DELL'INABILITÀ

Il trasferimento da un volo ad un'altro spesso richiede un tempo di coincidenza PIÙ LUNGO.

D NECESSITA DI BARELLA A BORDO? (i barellati DEVONO avere l'accompagnatore) no si Richiedere la tariffa se non è nota.

E ACCOMPAGNATORE DEL BARELLATO (Cognome, sesso, età, qualifica professionale, tratte se differenti dal passeggero). Se inesperto specificare «COMPAGNO DI VIAGGIO»

Per i non vedenti ed i non udenti specificare se accompagnati da cane guida.

F NECESSITA DI SEDIA A ROTELLE? no si

Le categorie sono WCHR WCHS WCHC
 Categoria sedia a rotelle:

Sedia a rotelle PERSONALE	Pieghevole?	È alimentata da batterie?	Tipo di batteria (con liquido?)
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			

Le sedie a rotelle a batteria con liquido sono «articoli soggetti a restrizione» e sono permesse sugli aerei passeggeri soltanto a certe condizioni, che possono essere richieste alle compagnie. Inoltre alcuni paesi possono imporre specifiche restrizioni.

NECESSITA DI ACCOMPAGNATORE? (Attenzione sull'A/M ATR-42 è sempre obbligatorio per il PAX WCHC) no si

APPLICARE LE PROCEDURE DI INFORMAZIONE PREVISTE

G NECESSITA DI AMBULANZA? no si

Da provvedere a cura della COMPAGNIA AEREA

no → specificare il contatto della Società che fornisce l'ambulanza
 si → specificare l'indirizzo a destinazione

Richiedere la tariffa se non è nota.

H NECESSITA DI ACCORDO PER LE ALTRE FORME DI ASSISTENZA A TERRA? no si

Se si, DESCRIVERE sotto indicando per ogni singolo accordo:
 (A) la compagnia aerea o altro ente che PROVVEDE a quanto richiesto
 (B) a carico di chi sono le spese, e
 (C) il CONTATTO, indirizzi/numeri di telefono, quando necessari o tutte le volte che specifiche persone sono destinate ad incontrare/assistere il passeggero.

1 Accordi per la consegna all'aeroporto di PARTENZA no si Specificare

2 Accordi per l'assistenza ai PUNTI DI COINCIDENZA no si Specificare

3 Accordi per l'incontro all'aeroporto di ARRIVO no si Specificare

4 Altre richieste o informazioni significative no si Specificare

NECESSITA DI SERVIZI DI VOLO? no si

Se si, DESCRIVERE sotto indicando per ogni singolo accordo:
 (A) le TRATTE RELATIVE alla richiesta
 (B) se ai servizi PROVVEDE la compagnia aerea o altri, e
 (C) a carico di chi sono le spese. La fornitura di ATTREZZATURE SPECIALI, come ossigeno, ecc., richiede sempre la compilazione di Pag. 2

K Es.: pasti speciali, posto speciale, supporto per le gambe, posti supplementari, attrezzature speciali, ecc. (Vedere la «NOTA xx» in calce alla PAG 2)

È IL PASSEGGERO IN POSSESSO DI UNA «TESSERA SANITARIA DI VIAGGIATORE ABITUALE» (FREMEC) VALIDA PER QUESTO VIAGGIO no si

Se si, indicare i dati FREMEC.
 Se no, o se necessario ulteriori informazioni dai vettori interessati, il medico curante deve compilare la pag. 2

L

FREMEC / (numero FREMEC)	(emesso da)	(valido fino al)	(sesso)	(età)	(natura dell'infermità)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					continua (natura dell'infermità)
					(Limitazione)

MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE

RISERVATO

Da compilare a cura del MEDICO CURANTE

Questo modulo è destinato a fornire informazioni RISERVATE, per mettere in grado gli Enti competenti delle compagnie aeree di accertare l'idoneità del passeggero a viaggiare come indicato nella PARTE 1. Se il passeggero può viaggiare in aereo, queste informazioni permetteranno l'emissione delle necessarie direttive, intese a provvedere al benessere e alla comodità del passeggero. AL MEDICO CURANTE è richiesto, per i passeggeri disabili, di RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE. (Mettere un segno «X» nelle appropriate caselle «SI» o «NO», e/o dare precise e concise risposte). COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO O A MACCHINA

Questo modulo deve essere restituito a:

(indirizzo Ufficio Alitalia emittente)

Codice di rif. della Comp. COGNOME, NOME, SESSO, ETÀ DEL PAZIENTE:

MEDA 02 MEDICO CURANTE:
- Cognome, nome, indirizzo
- Contatto telefonico Studio: Abitazione:

MEDA 03 DATI MEDICI:
- DIAGNOSI in dettaglio (comprese informazioni indispensabili)
- Giorno / mese / anno dei primi sintomi: DATA della diagnosi:

MEDA 04 - PROGnosi per il viaggio:

MEDA 05 - Malattia contagiosa e trasmissibile? no si ➔ Specificare:

MEDA 06 - Il paziente può in qualche modo arrecare DISTURBO agli altri passeggeri? (aspetto, comportamento) no si ➔ Specificare:

MEDA 07 - Il paziente può usare un posto normale sull'aeromobile con lo schienale messo in posizione ERETTA quando ciò è richiesto? si no ➔ Specificare:

MEDA 08 - Il paziente può provvedere SENZA ASSISTENZA* alle proprie necessità a bordo (compresi pasti, uso della toiletta, ecc.)? (Vedere nota x) si no ➔ Se no, specificare tipo di assistenza

MEDA 09 - Se il paziente ha bisogno di un ACCOMPAGNATORE, quello indicato nella PARTE 1 lettera E è idoneo? si no ➔ Se no, indicare tipo di accompagnatore necessario:

MEDA 10 - Il paziente necessita di bombola di OSSIGENO* durante il volo? (Vedere nota xx) (Se si, specificare la velocità del flusso) no si ➔ Litri per minuto ➔ A flusso continuo? no si

MEDA 11 - Il paziente necessita di ASSISTENZA FARMACEUTICA, (vedere nota x) in aggiunta alla autosomministrazione di medicinali, e/o l'uso di apparecchiature speciali come il respiratore, l'incubatrice, ecc.? (Vedere nota xx) (A) durante la sosta a TERRA negli aeroporti: no si Specificare:

MEDA 12 (B) a bordo dell'AEREO: no si Specificare:

MEDA 13 - Il paziente necessita di RICOVERO OSPEDALIERO? (A) durante una sosta prolungata o notturna presso la LOCALITÀ DI COINCIDENZA lungo la rotta no si Azione:

MEDA 14 (B) all'arrivo a DESTINAZIONE: no si Azione:

MEDA 15 - Altre note o informazioni per un trasporto comodo e confortevole del paziente no si Specificare: (Vedere nota xx)

MEDA 16 - Altre forme di assistenza procurate dal medico curante:

NOTA(x): GLI ASSISTENTI DI VOLO NON SONO AUTORIZZATI A FORNIRE ASSISTENZA SPECIALE AI PASSEGGERI PARTICOLARI, A DETRIMENTO DEL SERVIZIO AGLI ALTRI PASSEGGERI. INOLTRE, ESSI SONO ADDESTRATI SOLTANTO PER INTERVENTI DI PRONTO SOCCORSO

NOTA (xx): GLI EVENTUALI ONORARI, INERENTI SIA ALLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA CHE ALLE ATTREZZATURE SPECIALI FORNITE DAL VETTORE, SONO A CARICO DEL PASSEGGERO INTERESSATO

LUOGO DATA FIRMA DEL MEDICO CURANTE

DICHIARAZIONE DEL SOTTOSCRITTO

IO SOTTOSCRITTO AUTORIZZO..... (nome del medico curante)

a fornire alle compagnie aeree le informazioni necessarie per accertare la mia idoneità al viaggio aereo, in considerazione di che, io sottoscritto esento il medico curante dal suo dovere professionale di riservatezza riguardo a queste informazioni, e accetto di saldare i suoi onorari. Mi dichiaro a conoscenza del fatto che, se accettato per il trasporto, il mio viaggio sarà soggetto alle Condizioni Generali di Trasporto e ai regolamenti tariffari del vettore interessato e che il vettore non assume particolari responsabilità oltre a quelle previste dalle suddette condizioni di trasporto e regolamenti tariffari.

Acconsento a rimborsare, su domanda, il vettore per tutte le spese speciali o costi in relazione al mio trasporto. (Da essere letto, datato e firmato dal passeggero o da chi per lui).

LUOGO DATA FIRMA DEL MEDICO CURANTE

MODULO INFORMATIVO PER PASSEGGERI CHE RICHIEDONO UNA ASSISTENZA PARTICOLARE

Rispondere a **TUTTE** le domande. Mettere un segno (X) nelle caselle «SI» o «NO»
 Compilare il modulo in **STAMPATELLO** od a **MACCHINA**

A COGNOME / INIZIALI / TITOLO /
 NUMERO DI TELEFONO DEL PASSEGGERO:

B ITINERARIO PROPOSTO
 vettori, numeri dei voli, classi, date,
 tratte, stato della prenotazione di
 viaggio aereo continuo

C NATURA DELL'INABILITÀ

Il trasferimento da un volo ad un'altro
 spesso richiede un tempo di coinci-
 denza PIÙ LUNGO.

D NECESSITA DI BARELLA A BORDO?
 (i barellati DEVONO avere l'accompagnatore) no si

Richiedere la tariffa se non é nota.

E ACCOMPAGNATORE DEL BARELLATO
 (Cognome, sesso, età, qualifica profes-
 sionale, tratte se differenti dal passeggero).
 Se inesperto specificare «COMPAGNO DI
 VIAGGIO»

Per i non vedenti ed i non udenti speci-
 ficare se accompagnati da cane
 guida.

F NECESSITA DI SEDIA A ROTELLE? no si

Le categorie sono
 WCHR WCHS WCHC
 Categoria sedia a rotelle:

Sedia a rotelle PERSONALE	Pieghevole?	È alimentata da batterie?	Tipo di batteria (con liquido ?)
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			

NECESSITA DI ACCOMPAGNATORE?
 (Attenzione sull'A/M ATR-42 é sempre
 obbligatorio per il PAX WCHC) no si

**APPLICARE LE PROCEDURE
 DI INFORMAZIONE PREVISTE**

Le sedie a rotelle a batteria con liqui-
 do sono «articoli soggetti a restrizio-
 ne» e sono permesse sugli aerei pas-
 seggeri soltanto a certe condizioni,
 che possono essere richieste alle
 compagnie.
 Inoltre alcuni paesi possono imporre
 specifiche restrizioni.

G NECESSITA DI AMBULANZA? no si

Da provvedere a cura della COMPAGNIA AEREA

no → specificare il contatto della Società
 che fornisce l'ambulanza

si → specificare l'indirizzo a destinazione

Richiedere la
 tariffa se non é
 nota.

H NECESSITA DI ACCORDO PER LE
 ALTRE FORME DI ASSISTENZA A
 TERRA? no si

Se si, DESCRIVERE sotto indicando per ogni singolo accordo:
 (A) la compagnia aerea o altro ente che PROVVEDE a quanto richiesto
 (B) a carico di chi sono le spese, e
 (C) il CONTATTO, indirizzi/numeri di telefono, quando necessari o tutte le volte che
 specifiche persone sono destinate ad incontrare/assistere il passeggero.

1 Accordi per la consegna all'aero-
 porto di PARTENZA no si Specificare

2 Accordi per l'assistenza ai PUNTI
 DI COINCIDENZA no si Specificare

3 Accordi per l'incontro all'aeropor-
 to di ARRIVO no si Specificare

4 Altre richieste o informazioni
 significative no si Specificare

K NECESSITÀ DI SERVIZI DI VOLO?
 Es.: pasti speciali, posto speciale,
 supporto per le gambe, posti suppl-
 ementari, attrezzature speciali, ecc.
 (Vedere la «NOTA xx» in calce alla
 PAG 2) no si

Se si, DESCRIVERE sotto indicando per ogni singolo accordo:
 (A) le TRATTE RELATIVE alla richiesta
 (B) se ai servizi PROVVEDE la compagnia aerea o altri, e
 (C) a carico di chi sono le spese. La fornitura di ATTREZZATURE SPECIALI, come ossi-
 geno, ecc., richiede sempre la compilazione di Pag. 2

L È IL PASSEGGERO IN POSSESSO DI UNA
 «TESSERA SANITARIA DI VIAGGIATORE ABI-
 TUALE» (FREMEC) VALIDA PER QUESTO
 VIAGGIO no si

Se si, indicare i dati FREMEC.
 Se no, o se necessario ulteriori informazioni dai vettori interessati, il medico
 curante deve compilare la pag. 2

FREMEC / (numero FREMEC)	(emesso da)	(valido fino al)	(sesso)	(età)	(natura dell'infermità)
continua (natura dell'infermità)			(Limitazione)		

MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE

RISERVATO

Da compilare a cura del MEDICO CURANTE
 Questo modulo è destinato a fornire informazioni RISERVATE, per mettere in grado gli Enti competenti delle compagnie aeree di accertare l'idoneità del passeggero a viaggiare come indicato nella PARTE 1. Se il passeggero può viaggiare in aereo, queste informazioni permetteranno l'emissione delle necessarie direttive, intese a provvedere al benessere e alla comodità del passeggero.
 AL MEDICO CURANTE è richiesto, per i passeggeri disabili, di RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE. (Mettere un segno «X» nelle appropriate caselle «SI» o «NO», e/o dare precise e concise risposte).
 COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO O A MACCHINA

Questo modulo deve essere restituito a:

(indirizzo Ufficio Alitalia emittente)

Codice di rif. della Comp. COGNOME, NOME, SESSO, ETÀ DEL PAZIENTE:

MEDICO CURANTE:
 - Cognome, nome, indirizzo

- Contatto telefonico Studio: Abitazione:

MEDA 02
 DATI MEDICI:
 - DIAGNOSI in dettaglio (comprese informazioni indispensabili)
 - Giorno / mese / anno dei primi sintomi: DATA della diagnosi:

MEDA 03
 - PROGNOSE per il viaggio:

MEDA 04
 - Malattia contagiosa e trasmissibile? no si Specificare:

MEDA 05
 - Il paziente può in qualche modo arrecare DISTURBO agli altri passeggeri? (aspetto, comportamento) no si Specificare:

MEDA 06
 - Il paziente può usare un posto normale sull'aeromobile con lo schienale messo in posizione ERETTA quando ciò è richiesto? si no Specificare:

MEDA 07
 - Il paziente può provvedere SENZA ASSISTENZA alle proprie necessità a bordo (compresi pasti, uso della toiletta, ecc.)? (Vedere nota x) si no Se no, specificare tipo di assistenza

MEDA 08
 - Se il paziente ha bisogno di un ACCOMPAGNATORE, quello indicato nella PARTE 1 lettera E è idoneo? si no Se no, indicare tipo di accompagnatore necessario:

MEDA 09
 - Il paziente necessita di bombola di OSSIGENO durante il volo? (Vedere nota xx) (Se si, specificare la velocità del flusso) no si Litri per minuto → A flusso continuo? no si

MEDA 10
 - Il paziente necessita di ASSISTENZA FARMACEUTICA, (vedere nota x) in aggiunta alla autosomministrazione di medicinali, e/o l'uso di apparecchiature speciali come il respiratore, l'incubatrice, ecc.? (Vedere nota xx) (A) durante la sosta a TERRA negli aeroporti: no si Specificare:

MEDA 11
 (B) a bordo dell'AEREO: no si Specificare:

MEDA 12
 (A) durante una sosta prolungata o notturna presso la LOCALITÀ DI COINCIDENZA lungo la rotta - Il paziente necessita di RICOVERO OSPEDALIERO? no si Azione:

MEDA 13
 (Se si, indicare le azioni effettuate, e, in caso negativo indicare «NESSUNA AZIONE») (B) all'arrivo a DESTINAZIONE: no si Azione:

MEDA 14
 - Altre note o informazioni per un trasporto comodo e confortevole del paziente no si Specificare:
 (Vedere nota xx)

MEDA 15
 - Altre forme di assistenza procurate dal medico curante:

NOTA (x): GLI ASSISTENTI DI VOLO NON SONO AUTORIZZATI A FORNIRE ASSISTENZA SPECIALE AI PASSEGGERI PARTICOLARI, A DETRIMENTO DEL SERVIZIO AGLI ALTRI PASSEGGERI. INOLTRE, ESSI SONO ADDESTRATI SOLTANTO PER INTERVENTI DI PRONTO SOCCORSO

NOTA (xx): GLI EVENTUALI ONORARI, INERENTI SIA ALLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA CHE ALLE ATTREZZATURE SPECIALI FORNITE DAL VETTORE, SONO A CARICO DEL PASSEGGERO INTERESSATO

LUOGO DATA FIRMA DEL MEDICO CURANTE

DICHIARAZIONE DEL SOTTOSCRITTO

IO SOTTOSCRITTO AUTORIZZO..... (nome del medico curante)

a fornire alle compagnie aeree le informazioni necessarie per accertare la mia idoneità al viaggio aereo, in considerazione di che, io sottoscritto esento il medico curante dal suo dovere professionale di riservatezza riguardo a queste informazioni, e accetto di saldare i suoi onorari. Mi dichiaro a conoscenza del fatto che, se accettato per il trasporto, il mio viaggio sarà soggetto alle Condizioni Generali di Trasporto e ai regolamenti tariffari del vettore interessato e che il vettore non assume particolari responsabilità oltre a quelle previste dalle suddette condizioni di trasporto e regolamenti tariffari.

Acconsento a rimborsare, su domanda, il vettore per tutte le spese speciali o costi in relazione al mio trasporto. (Da essere letto, datato e firmato dal passeggero o da chi per lui).

LUOGO DATA FIRMA DEL MEDICO CURANTE

ALLEGATO alla Pag. 2 da consegnare al MEDICO CURANTE	MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE PER VIAGGI AEREI
	Controindicazioni Cliniche al Trasporto di Malati con Aereo di Linea
<p>Al fine di poter determinare se il preposto può effettuare il viaggio aereo indicato nella Parte 1 del presente modulo, è opportuno soffermare l'attenzione su alcuni fenomeni inerenti al volo:</p> <p>a) La quota in cabina pressurizzata può aggirarsi sull'equivalente altimetrico esterno di 500-1000-1500 m. L'ipossia che ne consegue è molto modesta e non è avvertita da soggetto sano. Può invece essere avvertita e determinare turbe nel malato che abbia compromessi i meccanismi di adattamento. La depressione nella cabina induce una dilatazione dei gas contenuti nelle cavità dell'organismo. I passeggeri non avvertono detto aumento di volume. Può accadere che l'ammalato avverta il fenomeno dell'espansione gassosa soprattutto per la rapidità, che non sorpassa mai i 200 m./minuto, con cui si instaura la variazione d'altitudine nell'interno della cabina. Si ritiene che a bordo di un aereo di linea il fattore fisiologico più importante da considerare sia la modesta depressione atmosferica.</p> <p>b) L'accelerazione, in occasione dell'involò, aumenta al massimo, di 0,3 "g". Anche questo fenomeno è scarsamente avvertito dal passeggero. L'ammalato può avvertire invece un certo disagio legato al tipo di malattia da cui è affetto. L'accelerazione induce, infatti, uno spostamento emodinamico piuttosto lieve e, nel contempo, uno "stiramento" viscerale. Se l'accelerazione si somma ai movimenti indotti da un'eventuale turbolenza ed ai già accennati fattori psicologici, si può avere l'insorgenza del "mal di movimento".</p> <p>c) La luminosità dell'atmosfera è intensa e con elevata presenza di raggi "luminosi". Questi ultimi possono indurre talvolta uno stato di lacrimazione ed iperemia congiuntivale in soggetti con apparato visivo sensibilizzato. Lenti colorate possono costituire un mezzo preventivo appropriato.</p> <p>d) Le variazioni di fuso orario per i viaggi aerei intercontinentali possono essere rilevanti. Un aereo da Roma a New York impiega circa 8 ore e con le variazioni del fuso orario la giornata del passeggero è di 30 ore anziché 24. Nel ritorno la giornata è ridotta a 18 ore. Lo spostamento climatico ha la sua importanza. Talvolta in poche ore si può passare da un clima equatoriale alle zone temperate o fredde senza che l'organismo abbia avuto il tempo di raggiungere un adattamento.</p> <p>Lo spostamento altimetrico ha talvolta un significato particolare. Nel caso, ad esempio, di un viaggio a Nairobi (1800 m.) l'altitudine di arrivo può essere superiore all'altitudine di pressurizzazione creata alla partenza da Roma. La rapidità della variazione di questi fattori si ritiene sia sempre da prendere in considerazione, ovviamente per gli ammalati. In considerazione di quanto sopra, per i quadri clinici specifici di seguito, il viaggio aereo è generalmente controindicato:</p> <p>a) Gravi condizioni cardiache come: un grave scompenso cardiaco o una recente trombosi coronaria, infarto del miocardio. I passeggeri in tali condizioni non sono generalmente accettabili entro sei settimane dall'"attacco".</p> <p>b) Pazienti che hanno subito immissione di gas, come p.e. recente pneumotorace o introduzione di aria nel sistema nervoso per ventricolografia pneumomediastino pneumoperitoneo, pneumorene, ecc.</p> <p>c) Pazienti affetti da malattie mentali e del sistema nervoso, che richiedono forti dosi di calmanti, a meno che non siano accompagnati e non siano prese delle misure particolari.</p> <p>d) Gravi casi di otite media con occlusione della tromba di Eustacchio.</p> <p>e) Gravi casi di malattie contagiose o trasmissibili;</p> <p>f) Persone affette da malattie repulsive o contagiose della pelle;</p> <p>g) Casi recenti di poliomielite a meno che non sia passato un mese dall'attacco della malattia. Qualsiasi stadio di caso di poliomielite bulbare;</p> <p>h) Persone con grossi tumori nella cavità toracica, ernia molto grave non sostenuta, occlusione intestinale, malattie della testa con conseguente aumento di pressione, fratture del cranio, e coloro che sono affetti da una recente frattura della mandibola con legamento permanente.</p> <p>i) Recenti casi chirurgici che non hanno permesso alla ferita di rimarginarsi in modo sufficiente.</p> <p>l) Passeggere in stato interessante nei 7 giorni precedenti il parto e puerpere nei 7 giorni successivi il parto.</p> <p>m) Bambini prematuri oppure bambini nati da meno di 7 giorni.</p>	