

**Препорука поступања – Лекар-консултант Авио-службе Владе (АСВ)**

Издаје се за све путнике:

- са повредом лобање/мозга, са унутрашњим или великим спољним повредама (ране, опекотине)

- са мултиплом склерозом

- са спазматичном парализом са церебралним оштећењима

- са менталним проблемима

- за путовање у року краћем од 6 месеци од инфаркта или срчаног удара

- зависне од употребе специјалних апарата или има специјални третман (кисеоник, респиратор, инкубатор, инфузија отд.)

- који не могу употребљавати седиште у усправном положају (транспорт на носилима)

Молимо Вас да одговорите на све рубрике прецртавањем или попуњавањем штампаним словима или писаћом машином. Хвала.

А	Име пацијента	Пол	Старост
	Адреса пацијента	Град	Земља
Б	Рута	Датум	
	Од	До	
	Од	До	
	Од	До	
Ц	Дијагноза :		
Д	Да ли су потребна носила за пут?	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да
	Е	Да ли је потребна пратња за пут?	<input type="checkbox"/> Не
Ф	Потребна асистенција		
	<input type="checkbox"/> WCHR	Амбулантно возило али хендикепиран за ходање: потребна асистенција у терминалу од/ка гејту, потребна колича или слично када се путник укрцава/искрцава ходом преко рампе. Непотребна асистенција за употребу аутобуса на рампи, путничких степеница и у кабини авиона од/ка седишту, тоалету и са оброцима.	
	<input type="checkbox"/> WCHS	Амбулантно возило али теже хендикепиран за ходање: не може употребљавати аутобус на стајанци и потребна асистенција код укрцавања/искрцавања (нпр. на степеницама). Не треба асистенција у кабини авиона ка/од седишту, тоалету и са оброцима.	
	<input type="checkbox"/> WCHS/OWN	Као изнад – путује са сопственим колицима. Прецртај "BD" ако је погон колича на батерију.	<input type="checkbox"/> BD
	<input type="checkbox"/> WCHC	Непотребно амбулантно возило: потребна асистенција у кабини авиона ка/од седишта, тоалета и са оброцима (где је потребно, напиши детаље у „Г“ испод).	
	<input type="checkbox"/> WCHC/OWN	Као изнад – путује са сопственим колицима. Прецртај "BD" ако је погон колича на батерију.	<input type="checkbox"/> BD
	<input type="checkbox"/> OXYGEN	<input type="checkbox"/> потребна повремена употреба	<input type="checkbox"/> потребна континуирана употреба
Г	Други захтеви за хендлирање на земљи/ваздуху или други арахмани предвиђени од стране лекара који лечи пацијента.		
Х	На дестинацији пацијент одлази у болницу (ако је Да име и адреса)	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да
	На дестинацији потребно амбулантно возило.	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да
	Од аеродрома (име)	До	
И	Пацијент се може транспортовати авионом	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да
К	Датум	Име лекара-консултанта АСВ	Потпис лекара-консултанта АСВ
	Л		
ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА (мора бити прочитана пацијенту пре потписа)			
Овлашћујем изабраног лекара да да изјаву о мом здравственом стању и да у складу са професионалном етиком, достави све детаље о мом здравственом стању који буду захтевани од стране Авио-службе Владе да би њихов лекар-консултант утврдио моју способност за превоз авионом.			
Долепотписани ослобађа Авио-службу Владе, њене запослене и представнике од било које врсте одговорности због могућих последица на моје здравствено стање насталих као последица превоза авионом и путовање предузимам на сопствени ризик.			
Долепотписани такође изјављује да је информисан да Авио-служба Владе није ни на који начин обавезна да пацијента превезе до друге дестинације или врати на одлазни аеродром.			
Долепотписани такође прихвата да све додатне трошкове и издатке настале у вези са његовим превозом надокнади Авио-служби Владе (непланирано слетање због погоршања здравља итд.).			
Датум		Место	Потпис пацијента

**Медицинске информације - Лекар који лечи пацијента**

Назнаке лекару који лечи пацијента:

Овде захтевани детаљи третираће се поверљивим, а омогућиће лекару консултанту Авио-службе Владе (што је наша обавеза) да на основу специфичног знања и искуства процени да ли је и под којим условима дозвољен транспорт авионом таквог болесника. Ови подаци ће такође омогућити консултантском лекару Авио-службе Владе да изда потребна упутства за бригу о пацијенту што укључује дијагнозу пацијента и специфичне околности потребне за путовање.

Љубазно Вас молимо да одговорите на све рубрике прецртавањем или попуњавањем штампаним словима. Хвала.

МЕДА 01	Име пацијента	Пол	Старост	
	Адреса пацијента	Град	Земља	
МЕДА 02	Име лекара који лечи пацијента	Град	Земља	
	Адреса лекара који лечи пацијента	Тел - кућа	Тел - посао	
МЕДА 03	Медицински подаци: Дијагноза (детаљно, укључујући виталне знаке)			
	Датум првих симптома	Датум дијагнозе		
МЕДА 04	Прогноза за путовање			
МЕДА 05	Заразна или прилечива болест?	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да	
	Спецификујте			
МЕДА 06	НИЛ			
МЕДА 07	Да ли пацијент може користити нормално путничко седиште са подигнутим наслоном?	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да	
	МЕДА 08	Да ли пацијент може водити рачуна о себи у кабини без асистенције.	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да
Ако је Не упишите врсту потребне помоћи (оброци, тоалет итд.).				
МЕДА 09	Да ли је пацијенту потребна пратња?	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да	
	Ако је Да, упишите врсту пратње коју предлагате.			
МЕДА 10	Да ли је пацијенту потребан кисеоник у току лета?	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> Да	
	Ако је Да, врста протока.	<input type="checkbox"/> Стално	<input type="checkbox"/> Повремено	
МЕДА 11	Да ли су пацијенту потребни други лекови осим сопствених и да ли је потребна употреба специјалних апарата као што су респиратор, инкубатор итд?			
	На земљи док је на аеродрому	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	Наведи	
МЕДА 12	У кабини авиона	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	Наведи	
	Да ли је пацијенту потребна хоспитализација? (Ако је Да, наведите уговорене аражмане или ако није наведите "No action taken").			
МЕДА 13	За време дугог задржавања на аеродрому конекције.	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	Акција	
	МЕДА 14	Након доласка на одредиште.	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да	Акција
МЕДА 15		Друге назнаке или информације у интересу комфороног транспорта,	<input type="checkbox"/> Нема	<input type="checkbox"/> Има
	Наведите ако има:			
МЕДА 16	Други аражмани предузети са Ваше стране.			
	Датум	Место	Потпис лекара који лечи болесника	

