

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES PARA PASSAGEIROS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Responda TODAS as questões - coloque 'xis' (x) em 'Sim ou Não'  
Use LETRA DE FORMA ou DIGITAÇÃO para completar esta folha

(Answer ALL questions -- put a cross (x) in "YES" or "NO" boxes)  
(Use BLOCK LETTERS or TYPEWRITER when completing this form)

<b>A</b>	NOME/INICIAIS/TÍTULO: <i>NAME/INITIALS/TITLE:</i>					
<b>B</b>	ITINERÁRIO PROPOSTO ( <i>PROPOSED ITINERARY</i> ) Empresa(s), nº do(s) vôo(s), classe(s), data(s), trecho(s), situação da reserva da continuação da viagem. <i>Airline(s), flight number(s), class(es), date(s), segment(s),                  reservation status of continuous air journey.</i>					
Transferências de um vôo para outro frequentemente envolvem LONGO TEMPO para conexão! <i>Transfer from one flight to another often requires LONGER connecting time.</i>						
<b>C</b>	NATUREZA DA INCAPACIDADE OU DOENÇA (motivo da assistência especial) <i>NATURE OF INCAPACITATION (special assistance):</i>					
<b>D</b>	NECESSITA DE MACA A BORDO? <i>IS STRETCHER NEEDED ON BOARD?</i> (todos os casos de maca devem ter acompanhante) ( <i>all stretcher cases MUST be escorted.</i> )	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)				
		Caso as taxas não tenham sido informadas, solicite. <i>Request rate if unknown.</i>				
<b>E</b>	DADOS DO ACOMPANHANTE ( <i>INTENDED ESCORT</i> ) Nome, sexo, idade, qualificação profissional. <i>(name, sex, age, professional qualification)</i> Caso não tenha treinamento, especificar como COMPANHEIRO DE VIAGEM. <i>(If untrained, state "TRAVEL COMPANION")</i>	Em casos de deficientes visuais e/ou auditivos, especificar se estará acompanhado por cão guia. <i>For visual and/or hearing impaired,                  state if escorted by trained dog.</i>				
<b>F</b>	NECESSITA DE CADEIRA DE RODAS? <i>WHEELCHAIR NEEDED?</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes) Categories are: WCHR WCHS WCHC Categoria: <input type="text"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">                             Possui cadeira de rodas própria?  <i>(OWN wheelchair)</i>                              Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>                              (No) (Yes)                         </td> <td style="width:25%;">                             Dobrável?  <i>(Collapsible)</i>                              Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>                              (No) (Yes)                         </td> <td style="width:25%;">                             Motorizada?  <i>(Power driven?)</i>                              Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>                              (No) (Yes)                         </td> <td style="width:25%;">                             Bateria líquida?  <i>- Battery type - (spillable?)</i>                              Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>                              (No) (Yes)                         </td> </tr> </table>	Possui cadeira de rodas própria? <i>(OWN wheelchair)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)	Dobrável? <i>(Collapsible)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)	Motorizada? <i>(Power driven?)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)	Bateria líquida? <i>- Battery type - (spillable?)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)
Possui cadeira de rodas própria? <i>(OWN wheelchair)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)	Dobrável? <i>(Collapsible)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)	Motorizada? <i>(Power driven?)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)	Bateria líquida? <i>- Battery type - (spillable?)</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)			
OBS: Bateria líquida de cadeira de rodas é considerada "carga perigosa"! <i>Wheelchairs with spillable batteries are "dangerous goods"!</i>						
<b>G</b>	NECESSITA DE AMBULÂNCIA? <i>AMBULANCE NEEDED?</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)	O serviço já está contratado? <i>Already arranged?</i> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)				
		Especificar contato com a ambulância e endereço de destino. <i>Specify ambulance company contact and destination address.</i>				
<b>H</b>	OUTRAS NECESSIDADES EM SOLO: <i>OTHER GROUND ARRANGEMENTS NEEDED:</i>					
Especificar outros SERVIÇOS contratados, responsável pelas DESPESAS, endereços e CONTATOS. <i>SPECIFY other ARRANGEMENTS NEEDED, at whose EXPENSE, and CONTACT addresses/telephone numbers.</i>						
	1 Providências para EMBARQUE no aeroporto <i>Arrangements for delivery at airport of DEPARTURE</i>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/> (No) (Yes) <i>Specify</i>				
	2 Providências nas CONEXÕES <i>Arrangements for assistance at CONNECTING POINTS</i>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/> (No) (Yes) <i>Specify</i>				
	3 Providências no aeroporto de DESTINO <i>Arrangements for meeting at airport of ARRIVAL</i>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/> (No) (Yes) <i>Specify</i>				
	4 Outras exigências ou informações relevantes <i>Other requirements or relevant information</i>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/> (No) (Yes) <i>Specify</i>				
<b>K</b>	SERVIÇOS ESPECIAIS A BORDO? Tais como refeições especiais, assento especial, descanso para a perna, assentos extras, cinto de segurança especial, outros equipamentos especiais. <i>SPECIAL IN-FLIGHT ARRANGEMENTS NEEDED, such as: special meals, special seating, leg-rest, extra seat(s), special equipment, etc.</i>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (No) (Yes)				
		Caso positivo, indique em cada item: TRECHO em que necessitará de serviços especiais, descrição do SERVIÇO especial contratado e o responsável pelas despesas. OBS: Suprimentos especiais tais como oxigênio necessitam do preenchimento do formulário MEDIF <i>If yes, DESCRIBE and indicate for each item: SEGMENT(s) on which required, airline-ARRANGED or arranging third party, and at whose expense.</i> NOTE: Provision of SPECIAL EQUIPMENT, such as oxygen, etc. always requires completion of the MEDIF.				
<input type="text"/> <input type="text"/>						
<b>L</b>	É PORTADOR DE UM FREMEC VÁLIDO PARA ESTA VIAGEM? <i>DOES PASSENGER HOLD A "FREQUENT TRAVELLER'S MEDICAL CARD (FREMEC)" VALID FOR THIS TRIP?</i>					
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> FREMEC / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (No) (Yes) número (number) emitido por (issued by) validade (valid until)						
<input type="text"/> incapacidade permanente/crônica ( <i>permanent/chronic incapacitation</i> )						
<input type="text"/> necessidades especiais ( <i>special assistance</i> )						
Local: <i>(Place)</i>	Data: <i>(Date)</i>	Assinatura do passageiro: <i>(Passenger's signature)</i>				

**FORMULÁRIO PADRÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS PARA VIAGEM AÉREA**

**CONFIDENCIAL**  
(CONFIDENTIAL)

Para ser preenchido pelo MÉDICO ASSISTENTE do passageiro  
To be completed by ATTENDING PHYSICIAN

Ao MÉDICO ASSISTENTE solicitamos responder TODAS AS PERGUNTAS. Use a Parte 3 como guia.  
(Coloque 'xis' (x) em 'Sim ou Não' e dê respostas precisas e curtas)  
Agradecemos o uso de LETRA DE FORMA ou DIGITAÇÃO para completar esta folha.  
The PHYSICIAN ATTENDING the incapacitated passenger is requested to ANSWER ALL QUESTIONS. See Part 3 for Guidance.  
(enter a cross "x" in the appropriate "yes" or "no" boxes, and/or give precise concise answers).  
COMPLETING OF THE FORM IN BLOCK LETTERS OR BY TYPEWRITER WILL BE APPRECIATED.

Este formulário deve ser enviado para o Serviço de Saúde CVA  
This form must be returned to CVAs Medical Department

Código de referência das empresas aéreas Airline's Ref. Code	Este formulário destina-se a fornecer informações CONFIDENCIAIS que permitam ao departamento MÉDICO da CVA avaliar a adequação da saúde do passageiro em relação ao voo. Caso o passageiro seja aceito, estas informações permitirão que sejam tomadas as providências necessárias para proporcionar segurança e conforto ao mesmo. This form is intended to provide CONFIDENTIAL information to enable CVA Cabo Verde Airlines' MEDICAL Department to assess the fitness of the passenger to travel. If the passenger is acceptable, this information will permit the issuance of the necessary directives designed to provide for the passenger's welfare and comfort.		
MEDA 01	Identificação do PACIENTE (nome, idade, sexo): PATIENT'S NAME, SEX, AGE:		
MEDA 02	Identificação do MÉDICO ASSISTENTE ATTENDING PHYSICIAN - Nome e endereço (Name & Address) - Contatos telefônicos (Telephone Contact)	Consultório: Business	Residência: Home
	INFORMAÇÕES MÉDICAS (MEDICAL DATA) - DIAGNÓSTICO: em detalhes (incluindo sinais vitais) DIAGNOSIS in details (including vital signs) - Início dos primeiros sintomas Day/month/year of first symptoms:	Data de cirurgias e/ou diagnósticos: Date of operation and/or diagnosis	
MEDA 03	- PROGNÓSTICO para a viagem aérea: PROGNOSIS for the flight(s)		
MEDA 05	- Portador de doença contagiosa e transmissível? Contagious AND communicable disease?	Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	Especificar: Specify
MEDA 06	- A condição física e/ou mental pode ser de alguma forma estressante ou desconfortável para os outros passageiros? Would the physical and/or mental condition of the patient be likely to cause distress or discomfort to other passengers?	Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	Especificar: Specify
MEDA 07	- O paciente é capaz de usar o assento da aeronave na posição VERTICAL quando necessário? Can patient use normal aircraft seat with seatback placed in the UPRIGHT position when so required?	Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	
MEDA 08	- O paciente pode cuidar de suas próprias necessidades a bordo SEM AJUDA* (incluindo refeições, visita ao toilet, etc.)? Can patient take care of his own needs on board UNASSISTED* (including meals, visit to toilet, etc.)?	Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/> Se não, de que ajuda precisa? If not, type of help needed:	
MEDA 09	- Caso seja necessário um ACOMPANHANTE na viagem, O arranjo proposto na Parte 1 é satisfatório para você? If to be ESCORTED, is the arrangement satisfactory to you?	Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/> Caso negativo, qual a sua proposta? If not, type of escort proposed by YOU:	
MEDA 10	- O paciente necessita de OXIGÊNIO** durante o voo? Caso positivo indique o fluxo necessário. Does patient need OXYGEN** equipment in flight? (If yes, state rate of flow)	Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	Fluxo <input type="text"/> (L/min) Flow rate
MEDA 11	- O paciente necessita alguma MEDICAÇÃO* que deva ser administrada por outra pessoa, e/ou utilizar algum equipamento especial, tal como, respirador, incubadora, etc.**? Does patient need any MEDICATION*, other than self-administered, and/or the use of special apparatus such as respirator, incubator, etc.**?	(a) em TERRA enquanto no(s) aeroporto(s) on the GROUND while at the airport(s):	
		Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	Especificar: Specify
MEDA 12		(b) a bordo da AERONAVE: on board of the AIRCRAFT:	
		Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	Especificar: Specify
MEDA 13	- O paciente necessita HOSPITALIZAÇÃO? (Caso positivo, indique as providências tomadas ou, se não tiverem sido tomadas, indicar "NENHUMA AÇÃO TOMADA") Does patient need HOSPITALIZATION? (If yes, indicate arrangements made or, if none were made, indicate "NO ACTION TAKEN")	(a) Durante longas esperas ou pernoite no(s) TRECHO(S) da rota during long layover or nightstop at CONNECTING POINTS en route	
		Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	Ação: Action:
MEDA 14		(b) Após chegar ao DESTINO upon arrival at DESTINATION	
		Não (No) <input type="checkbox"/> Sim (Yes) <input type="checkbox"/>	Ação: Action:
MEDA 15	- Outras informações ou sugestões que proporcionem ao seu paciente um transporte suave e confortável: Other remarks or information in the interest of your patient's smooth and comfortable transportation:	Nenhuma <input type="checkbox"/>	Especificar se houver**: Specify if any**:
MEDA 16	- Outras providências tomadas pelo médico assistente: Other arrangements made by the attending physician:		

OBS(\*): Os Comissários NÃO estão autorizados a dar assistência especial a passageiros em particular, em detrimento do serviço a outros passageiros. Adicionalmente, eles são treinados apenas para prestar PRIMEIROS SOCORROS e NÃO LHES É PERMITIDO aplicar injeções, ou dar medicação.

NOTE(\*): Cabin attendants are NOT authorized to give special assistance (e.g. lifting) to particular passengers, to the detriment of their service to other passengers. Additionally, they are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection, or to give medication.

IMPORTANTE: DESPESAS, SE OCORREREM, RELATIVAS AO FORNECIMENTO DO ACIMA ESPECIFICADO E DO EQUIPAMENTO ESPECIAL PROVIDENCIADO PELA EMPRESA(\*\*) DEVERÃO SER PAGAS PELO PASSAGEIRO.

IMPORTANT: FEES, IF ANY, RELEVANT TO THE PROVISION OF THE ABOVE INFORMATION AND FOR CARRIER-PROVIDED SPECIAL EQUIPMENT(\*\*) ARE TO BE PAID BY THE PASSENGER CONCERNED.

Local: (Place)	Data: (Date)	Assinatura e carimbo do médico: (Attending Physician's signature and stamp)
-------------------	-----------------	--

**DECLARAÇÃO DO PASSAGEIRO (PASSENGER'S DECLARATION)**

Pelo presente autorizo \_\_\_\_\_ (nome do médico atendente) a fornecer à CVA todas as informações solicitadas pelo seu departamento médico com a finalidade de confirmar que me encontro em condições de saúde satisfatórias para viajar de avião e, por isso, pelo presente isento o(a) médico(a) do seu dever profissional de manter sigilo quanto a estas informações e, concordo em assumir despesas médicas concernentes.  
of confidentiality in respect of such information, and agree to meet such physician's fees in connection therewith.

Estou ciente que, se aceito para viajar, estarei sujeito as condições gerais de transporte/tarifas do transportador em causa e que este mesmo transportador não assumirá outra responsabilidade  
I take note that, if accepted for carriage, my journey will be subject to the general conditions of carriage/tariffs of the carrier concerned and that the carrier does not assume any special liability

especial além daquelas. Concordo em reembolsar o transportador, se solicitado, por qualquer despesa especial proveniente da minha viagem\*.  
exceeding those conditions/tariffs. I agree to reimburse the carrier upon demand for any special expenditures or costs in connection with my carriage."

Local: (Place)	Data: (Date)	Assinatura do passageiro: (Passenger's signature)
-------------------	-----------------	--

**INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE**

Os principais fatores a serem considerados ao avaliar a adequação de um paciente para uma viagem aérea e preencher um formulário MEDIF são os efeitos causados pela variação da pressão atmosférica (a pressão do ar da cabine sofre grandes mudanças após a decolagem e antes da aterragem, e a expansão e contração dos gases podem provocar dores e efeitos de pressão). Durante o voo há diminuição da concentração de oxigênio (a pressão é equivalente a uma altitude de 6.000 a 8.000 pés (aproximadamente de 1.800 a 2.500m), e a pressão parcial do oxigênio é cerca de 20% menor do que no solo).

Os problemas de saúde geralmente considerados inaceitáveis para uma viagem aérea são:

- Anemias severas
- Otite média e sinusite agudas
- Doenças contagiosas ou infecciosas ativas
- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) ou outras patologias cianóticas descompensadas
- Enfarte Agudo do Miocárdio (IAM) com menos de 6 semanas
- Doença respiratória grave ou pneumotórax recente
- Lesões gastrintestinais que podem causar hematemese, melena ou obstrução intestinal
- Pós-operatório recente (10 dias para operações abdominais simples e 21 dias no caso de cirurgia torácica ou cirurgia invasiva nos olhos sem uso de laser)
- Fraturas de mandíbula com imobilização (a menos que esteja viajando com acompanhamento profissional)
- Doença mental instável (a menos que esteja viajando com acompanhamento profissional e devidamente medicado para a viagem)
- Doença epiléptica não controlada (a menos que esteja viajando com acompanhamento profissional)
- Gestantes com mais de 35 semanas e múltiparas com mais de 32 semanas.
- Crianças com menos de 7 dias de vida.
- Introdução recente de ar em cavidades do corpo para fins diagnósticos ou terapêuticos (nos últimos 7 dias)

Esta lista não é definitiva e a CVA avaliará cada caso individualmente, de acordo com as circunstâncias.

Em caso de dúvidas ou para maiores informações, o profissional deve consultar o Serviço de Saúde da CVA.

As informações fornecidas pela CVA tem o propósito de esclarecer as condições a bordo de uma aeronave pressurizada. Todo e qualquer esclarecimento comunicado não compromete o médico assistente, independente do prognóstico ou opinião a respeito da adequação a viagem.

**NOTES FOR THE GUIDANCE OF MEDICAL PRACTITIONERS**

*The principal factors to be considered when assessing a patient's fitness for air travel and complete a MEDIF form are the effects of the variations of atmospheric pressure (cabin air pressure changes greatly after takeoff and before landing and gas expansion and contraction can cause pain and pressure effects). During the flight there is a consequent reduction in oxygen tension (the cabin is at a pressure equivalent to an altitude of 6.000 to 8.000 feet and oxygen partial pressure is approximately 20% less than on the ground).*

*The following conditions are usually considered unacceptable for air travel:*

- Anaemia of severe degree.
- Severe cases of Otitis Media and Sinusitis.
- Acute, Contagious or Communicable Disease.
- Congestive Cardiac Failure or other cyanotic conditions not fully controlled.
- Myocardial Infarction within 6 weeks of onset.
- Severe respiratory disease or recent pneumothorax.
- GI lesions which may cause hematemesis, melaena or intestinal obstruction.
- Post operative cases (within 10 days of simple abdominal operations and within 21 days of chest or invasive eye surgery (not laser).
- Fractures of the Mandible with fixed wiring of the jaw (unless medically) escorted
- Unstable Mental illness without escort and suitable medication for the journey.
- Uncontrolled seizures unless medically escorted,
- Pregnancies beyond the end of the 35th week or multiple pregnancies beyond end of the 32nd week.
- Infants within 7 days of birth.
- Introduction of air to body cavities for diagnostic or therapeutic purposes within 7 days.

*The above list is not exhaustive and each case must be medically assessed on its own particular circumstances.*

*In cases of doubt or for further information, Medical Practitioners should consult CVA's Medical Department.*

*Any information given by CVA and/or its Medical Advisors are strictly for the purpose of clarifying the conditions onboard the pressurised Aircraft. Any and all clarifications that have been communicated does not affect the Attending Physician's independent prognosis or assessment of the patient's fitness to travel.*