|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره تماس:** | | | | **مقصد :** | | **جنسیت: مرد  زن** | | | | | **سن :** | | | **نام و نام خانوادگی:** |
| **شرح حال بیماری :** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **توضیحات :** | | | | | **بلی** | **خیر** | | **آیا بیماری واگیردار و مسری می باشد ؟** | | | | | | |
| **توضیحات :** | | | **بلی** | | **خیر** | **آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی میکند؟ (بو ، وضع ظاهری ، رفتار و ...)** | | | | | | | | |
| **صندلی چرخ دار** | | **ازطریق بالابر** | | | **برانکارد** | | | | **معمولی** | | | **شرایط انتقال بیمار به داخل هواپیما چگونه است ؟** | | |
| **استفاده از تخت** | **استفاده از صندلی اضافه** | | | | **صندلی معمولی(امکان قرار گرفتن پشتی صندلی در حالت قائم)** | | | | | | | | | **وضعیت استقرار بیمار داخل هواپیما چگونه است ؟** |
| **داروی درمانی** | **کنترل علائم حیاتی** | | | | **همراه عادی** | | **بلی** | | | **خیر** | | | **آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد ؟** | |
| **در صورت نیاز** | **به طور دائم** | | | | | | **بلی(میزان...لیتر در دقیقه)** | | | **خیر** | | | **آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد؟** | |
| **خیر** | **بلی(هماهنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است)** | | | | | | | | | **آیا بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد؟** | | | | |
| **خیر** | **بلی(هماهنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است)** | | | | | | | | | **آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟** | | | | |
| **پیشنهادها (تغذیه،دارو و...)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار مسئولیت اطلاعات پزشکی فوق را بر عهده میگیرم.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **تلفن تماس پزشک:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **نظر پزشک هوایی/ پزشک مقصد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار:**  **تاریخ:**  **مهر و امضای پزشک:** | | | | | | | | | | | | | | |

**تعهد نامه مسافر بیمار و همراه بیمار**

**اینجانب (بیمار /همراه بیمار)..........................ضمن درخواست استفاده از خدمات مورد نیاز جهت حمل هوایی مسافر بیمار به مقصد مور نظر، بدینوسیله آقا / خانم دکتر................... را (به عنوان پزشک معتمد یا پزشک منتخب از سوی مرکز پزشکی هواپیمایی آتا) جهت بررسی وضعیت بیمار واعلام نظر در این خصوص تا حدی که برای تعیین وضعیت وشرایط سلامت بیمار جهت انجام مسافرت هوایی از لحاظ طبی ضروری است. مجاز میدانم و در صورت لزوم نامبرده میتواند اطلاعات طبی مربوط به بیمار را در اختیار مراکز پزشکی دیگر خطوط هوایی یا مراکز دیگری که به لحاظ قانونی یا طبی مجاز به دستیابی به اطلاعات مذکور میباشد قرار دهد.اینجانب کاملا اذعان داشته و تایید می نمایم که چنانچه وضعیت بیمار به لحاظ طبی جهت انجام مسافرت هوایی مساعد تشخیص داده شود.در این صورت مسافرت مطابق شرایط عمومی حمل شرکت هواپیمایی آتا ( به عنوان متصدی حمل هوایی) وبر اساس نظام تعرفه ای آن انجام خواهد گرفت و لذا متصدی حمل هیچگونه مسئولیتی فراتر از آنچه را که در شرایط عمومی حمل و در نظام تعرفه ای آن مقرر شده است تقبل نمی نماید.**

**اینجانب با وقوف به مخاطرات مربوط به مسافرت هوایی شخصا کلیه پیامدها مسائل ناشی از این سفر برای بیمار حادث گردد می پذیرم و بر همین اساس، متصدی حمل،مستخدمین،کارکنان و نمایندگان آن را به طور کامل در برابر کلیه مسئولیت های ناشی ازاین سفر از هر نوع که باشد مصون و مبرا خواهم نمود و در ضمن تایید می نمایم که تمامی هزینه ها ومخارج خاصی را که در ارتباط با حمل هوایی مسافر بیمار از سوی متصدی حمل تقبل شده است، به مجد درخواست متصدی حمل به وی پرداخت نمایم.**

**نام و شهرت بیمار/ همراه بیمار**

**تاریخ و امضا**

**-اعتبار این برگه پس از تایید توسط پزشک هواپیمایی آتا 48 ساعت می باشد.**

**-کادر پروازی هواپیما صرفا دوره کمک های اولیه را دیده اند ومجاز به تزریق و یا تجویز دارو و همچنین مراقبت های خاص پزشکی نمی باشند**