

Please fill out this form and send by email to mail.accordsmedicaux@airfrance.fr

Por favor, preencha este formulario y envíelo por correo electrónico: mail.accordsmedicaux@airfrance.fr

INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING ASSISTANCE
FICHA DE INFORMAÇÕES PARA PASSAGEIROS QUE REQUEREM DE ASSISTÊNCIA

PART 1 (TO BE FILLED IN BY PASSENGER OR LEGAL GUARDIAN)
PARTE 1 (A SER PREENCHIDA PELO PASSAGEIRO OU RESPONSÁVEL LEGAL):

1. Patient's name _____
Nome do paciente _____

Date of birth (dd/mm/yyyy) _____ Gender _____ Nationality _____
 Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) _____ Gênero _____ Nacionalidade _____

Height (meters) _____ Weight (kg) _____
 Altura (Metros) _____ Peso (KG) _____

2. Booking reference (PNR) _____
Código da reserva (PNR) _____

3. Flight details
Detalhes do voo

Airline(s), flight number(s) _____ Date _____ (dd/mm/yyyy)
 Companhia(s) aérea(s), número(s) do voo _____ Data _____ (dd/mm/aaaa)

4. Will the passenger be escorted Yes No
O passageiro será acompanhado Sim Não

Medical qualification Yes No If yes, what qualification? _____
 Qualificação médica Sim Não Se sim, qual qualificação? _____

Name _____ Date of Birth _____ (dd/mm/yyyy)
 Nome _____ Data de nascimento _____ (dd/mm/aaaa)

PNR if different _____ Nationality _____
 PNR, se diferente _____ Nacionalidade _____

5. Medical condition
Condição médica

6. Wheelchair needed Yes No
Necessidade de cadeira de rodas Sim Não

Wheelchair categories* WCHR WCHS WCHC Own wheelchair Yes No
 Categorias de cadeira de rodas* _____ Cadeira de rodas própria Sim Não

* WCHR = passenger cannot walk well, but can use stairs / WCHR = passageiro com dificuldade para caminhar, mas que pode usar escadas
 WCHS = passenger cannot walk up- and down stairs / WCHS = passageiro que não pode subir e descer escadas
 WCHC = passenger cannot walk at all / WCHC = passageiro que não pode caminhar

7. Stretcher needed on board Yes No If yes, please fill in question 8
Necessidade de maca a bordo? Sim Não Se sim, preencha a pergunta 8

8. Ambulance needed on embarking and disembarking station Yes No
Necessidade de ambulância na aeroporto de embarque e desembarque Sim Não

Name ambulance company embarking station _____
 Nome da empresa de ambulância na aeroporto de embarque _____

Phonenumber ambulance company embarking station _____
 Telefone da empresa de ambulância na aeroporto de embarque: _____

Name ambulance company transit station (if applicable) _____
 Nome da empresa de ambulância na aeroporto de conexão (se aplicável) _____

Phonenumber ambulance company transit station (if applicable) _____
 Telefone da empresa de ambulância na aeroporto de conexão (se aplicável) _____

Name ambulance company disembarking station _____
 Nome da empresa de ambulância na aeroporto de desembarque _____

Phonenumber ambulance company disembarking station _____
 Telefone da empresa de ambulância na aeroporto de desembarque _____

9. Inflight arrangements needed
Necessidade de arranjos a bordo

Yes
 Sim No
 Não

If yes, specify type of arrangements (e.g. extra seat, legrest) _____
 Se sim, especifique o tipo de arranjos (por exemplo, assento extra, apoio para as pernas)

Specify equipment (respirator, incubator, oxygen, etc) _____
 Especificar equipamentos (respirador, incubadora, oxigênio, etc.)

10. FREMEC (Frequent traveler Medical Card)
FREMEC (Cartão Médico de Viajante Frequente) ou Cartão Saphir

or Saphir Card
o Cartão Saphir

Yes
 Sim No
 Não

Nr. _____
 N°

Expiry date _____ (dd/mm/yyyy)
 Data de validade _____ (dd/mm/aaaa)

11. Data protection and Privacy Consent Declaration
Declaração de Consentimento para Proteção e Privacidade de Dados

The personal and medical details you provide on this form will be used by Air France/KLM to handle your request for medical clearance and to arrange the necessary assistance for your travel arrangements. In order to assess and manage your request, and in order to arrange for the appropriate assistance, care and equipment, it may be necessary for Air France/KLM to process and/or disclose your personal and/or medical information to other airlines in your itinerary and to third parties, such as medical professionals, airport and airline staff, service providers, government bodies and border control authorities.

You should read Air France/KLM's privacy policy for further information and for the contact details of the data protection officer.
https://www.klm.com/travel/nl_nl/customer_support/privacy_policy/privacy_policy.htm
<https://www.klm.com.br/information/legal/privacy-policy>

Os dados pessoais e médicos fornecidos neste formulário serão utilizados pela Air France/KLM para atender a sua solicitação de liberação médica e para organizar a assistência necessária para suas viagens. Para avaliar e gerenciar sua solicitação, bem como para organizar a assistência, cuidados e equipamentos apropriados, pode ser necessário que a Air France/KLM processe e/ou divulgue suas informações pessoais e/ou médicas a outras companhias aéreas do seu itinerário e a terceiros, como profissionais médicos, funcionários de aeroportos e companhias aéreas, prestadores de serviços, órgãos governamentais e autoridades de controle de fronteira.

Você deve ler a política de privacidade da Air France/KLM para obter mais informações e os detalhes de contato do responsável pela proteção de dados.

I hereby consent to my personal and/or medical data being processed, used and/or disclosed for the purposes set out above.
Eu, por meio deste, consinto que meus dados pessoais e/ou médicos sejam processados, utilizados e/ou divulgados para os fins acima mencionados.

[Date and place] (dd/mm/yyyy)
 [Data e local] (dd/mm/aaaa)

[Passenger name/signature or Legal guardian name/signature]
 [Nome/assinatura do passageiro ou nome/assinatura do responsável legal]

PART 2 (TO BE COMPLETED OR OBTAINED IN ENGLISH FROM THE ATTENDING PHYSICIAN), PLEASE GO TO THE NEXT PAGE
PARTE 2 (A SER PREENCHIDA OU OBTIDA EM INGLÊS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL) POR FAVOR, VÁ PARA A PÁGINA SEGUINTE:

INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING MEDICAL CLEARANCE
FICHA DE INFORMAÇÕES PARA PASSAGEIROS QUE REQUEREM DE AUTORIZAÇÃO MÉDICA

- 1. Diagnosis** (including date of onset of current illness, episode or accident and treatment, specify if contagious):
Diagnóstico (incluindo data de início da doença atual, episódio ou acidente e tratamento; especifique se é contagioso)

Nature and date of any recent and/or relevant surgery
 Natureza e data de qualquer cirurgia recente e/ou relevante:

- 2. Current symptoms and severity**
Sintomas atuais e gravidade

- 3. Additional clinical information**
Informações clínicas adicionais

- | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| a. Normal bladder control
Controle normal da bexiga | <input type="checkbox"/> Yes
Sim | <input type="checkbox"/> No
Não | If no, give mode of control _____
Se não, indicar o método de controle |
| b. Normal bowel control
Controle normal do intestino | <input type="checkbox"/> Yes
Sim | <input type="checkbox"/> No
Não | If no, give mode of control _____
Se não, indicar o método de controle |
| c. Anemia
Anemia | <input type="checkbox"/> Yes
Sim | <input type="checkbox"/> No
Não | If yes, give recent result _____ mmol/l or _____
g/100ml of hemoglobin
Se sim, forneça o resultado recente mmol/l ou
g/100ml de hemoglobina |

- 4. Will a 25% to 30% reduction in the ambient partial pressure of oxygen (relative hypoxia) affect the passenger's medical condition?** (Cabin pressure to be the equivalent of a fast trip to a mountain elevation of 2400 meters (8000 feet) above sea level)
Uma redução de 25% a 30% na pressão parcial de oxigênio (hipóxia relativa) afetará a condição médica do passageiro? (A pressão na cabine será equivalente a uma rápida viagem a uma altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar)

- Yes
Sim
- No
Não
- Not sure
Não sabe

- 5. Oxygen needed in flight**
Necessidade de oxigênio durante o voo

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| a. Oxygen needed in flight?
Necessidade de oxigênio durante o voo? | <input type="checkbox"/> Yes
Sim | <input type="checkbox"/> No
Não | If yes, complete O ₂ rate l/min (on-demand)
Se sim, complete com a taxa de O ₂ em L/min (sob demanda) |
| | <input type="checkbox"/> 1,2 | <input type="checkbox"/> 2,0 | <input type="checkbox"/> 2,8 <input type="checkbox"/> 3,6 <input type="checkbox"/> 4,4 <input type="checkbox"/> 5,2 |
| b. <input type="checkbox"/> For whole flight
Para todo o voo | <input type="checkbox"/> For stand-by
Para standby | | |
| c. Is the patient familiar with the Air France-KLM oxygen system (Wenoll WS120)?
O paciente está familiarizado com o sistema de oxigênio da Air France-KLM (Wenoll WS120)? | <input type="checkbox"/> Yes
Sim | <input type="checkbox"/> No
Não | |
- (Please note on-demand system not possible for children under 8 years/patients with tracheotomy and very weak passengers. If applicable please contact Air France-KLM directly)
 (Observação: o sistema sob demanda não é possível para crianças menores de 8 anos, pacientes com traqueostomia e passageiros muito fracos. Se aplicável, entre em contato diretamente com a Air France-KLM.)
- | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| d. Does the patient use oxygen at home?
O paciente usa oxigênio em casa? | <input type="checkbox"/> Yes
Sim | <input type="checkbox"/> No
Não | If yes, specify how much L/min _____
Se sim, especifique quanto (L/min) |
| e. Has the patient an own O ₂ concentrator on board or CPAP?
O paciente possui seu próprio concentrador de oxigênio de bordo ou CPAP? | <input type="checkbox"/> Yes
Sim | <input type="checkbox"/> No
Não | If yes, specify brand name _____
Se sim, especifique a marca |

- f. Will the patient use this own O₂ concentrator or CPAP on board? Yes No
 O paciente usará seu próprio concentrador de oxigênio de bordo ou CPAP? Sim Não
- Is it battery operated? Yes No
 Funciona a pilhas? Sim Não
- g. Please specify Saturation on room air _____ Date of exam _____ (dd/mm/yyyy)
 Especifique a saturação em ar ambiente Data do exame (dd/mm/aaaa)
- h. Please specify saturation with oxygen supplies _____ on _____ l/min
 Especifique a saturação com suprimento de oxigênio em _____ a l/min

6. Cardiac condition
Condição cardíaca

- Yes No If no, please go to question 7
 Sim Não Se NÃO, vá para a pergunta 7
- a. Angina Yes No When was last episode? _____ (dd/mm/yyyy)
 Angina Sim Não Quando foi o último episódio? (dd/mm/aaaa)
- Is the condition stable? Yes No
 A condição é estável? Sim Não
- Functional class of the patient? No symptoms Angina on heavy exertion/activities
 Classe funcional do paciente? Sem sintomas Angina durante atividades físicas intensas
- Angina on light exertion/activities Angina even at rest
 Angina durante atividades físicas leves Angina mesmo em repouso
- Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 -12 stairs without symptoms?
 O paciente consegue andar 100 metros em ritmo normal ou subir 10 a 12 degraus sem sintomas?
- Yes No
- Sim Não
- b. Myocardial infarction Yes No Date (dd/mm/yyyy) _____
 Infarto do miocárdio Sim Não Data (dd/mm/aaaa) _____
- Complications? Yes No If yes, give details _____
 Complicações? Sim Não Se sim, forneça detalhes _____
- Stress EKG done? Yes No If yes, what was the result, Metz _____
 Teste de esforço feito? Sim Não Se sim, qual foi o resultado? _____
- If angioplasty or coronary bypass, can the patient walk 100 meters at normal pace or climb 10–12 stairs without symptoms?
 Se houve angioplastia ou cirurgia de ponte de safena, o paciente consegue andar 100 metros em ritmo normal ou subir 10 a 12 degraus sem sintomas?
- Yes No
- Sim Não
- c. Cardiac failure Yes No When was last episode? _____
 Insuficiência cardíaca Sim Não Quando foi o último episódio? _____
- Is the patient controlled with medication? Yes No
 O paciente está sob o controle de medicação? Sim Não
- Functional class of the patient (NYHA classification) No symptoms and no limitations
 Classe funcional do paciente (Classificação NYHA) Sem sintomas e sem limitações
- Mild symptoms and slight limitations
 Sintomas leves e limitações leves
- Extreme symptoms and marked limitations
 Sintomas extremos e limitações marcadas
- Symptoms even at rest and severe limitations
 Sintomas mesmo em repouso e limitações severas
- Is there a known heart ejection fraction? Yes No If yes, give percentage _____ %
 Há uma fração de ejeção cardíaca conhecida? Sim Não Se sim, forneça a porcentagem _____
- d. Syncope Yes No When was last episode? _____
 Síncope Sim Não Quando foi o último episódio? _____
- Investigations Yes No If yes, state results _____
 Exames realizados? Sim Não Se sim, indique os resultados _____

7. Pulmonary condition
Condição pulmonar

Yes
Sim No
Não

a. Does the patient retain CO₂?
O paciente retém CO₂? Yes
Sim No
Não

b. Has the patient's condition deteriorated recently?
A condição do paciente piorou recentemente?
 Yes
Sim No
Não

c. Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 -12 stairs without symptoms?
O paciente consegue andar 100 metros em ritmo normal ou subir 10 a 12 degraus sem sintomas?
 Yes
Sim No
Não

d. Has the patient ever taken a commercial aircraft in these same conditions?
O paciente já voou em uma aeronave comercial nessas mesmas condições?
 Yes
Sim No
Não

- If yes when?
Se sim, quando? _____
- Did the patient have any problems?
O paciente teve algum problema? _____

8. Psychiatric or seizure disorder
Transtorno psiquiátrico ou convulsivo

Yes
Sim No
Não

If no, please go to question 9
Se não, vá para a pergunta 9

a. Is there a possibility that the patient will become agitated during a flight?
Existe a possibilidade de o paciente ficar agitado durante o voo?
 Yes
Sim No
Não

b. Has he/she taken a commercial flight before?
O paciente já viajou em voo comercial antes?
 Yes
Sim No
Não

- If yes, date of travel? (dd/mm/yyyy)
Se sim, data da viagem? (dd/mm/yyyy) _____

• Did the patient travel alone or escorted?
O paciente viajou sozinho ou acompanhado? Alone
Sozinho Escorted
Acompanhado

c. Seizure
Convulsões Yes
Sim No
Não

1. What type of seizures?
Tipo de convulsões _____

2. Frequency of the seizures?
Frequência das convulsões? _____

3. When was the last seizure?
Quando foi a última convulsão? _____

4. Are the seizures controlled by medication?
As convulsões estão controladas por medicação? Yes
Sim No
Não

9. Escort
Acompanhante

- a. Is the patient fit to travel unaccompanied?
O paciente está apto a viajar desacompanhado? Yes / Sim No / Não
- b. If no, will the patient have a private escort to take care of his/her needs onboard?
b. Se não, o paciente terá um acompanhante particular para cuidar de suas necessidades a bordo? Yes / Sim No / Não
- c. If yes, who should escort the passenger? Doctor / Médico Nurse / Enfermeiro Other / Outro _____
c. Se sim, quem deve acompanhar o passageiro?
- d. If other, is the escort fully capable to attend to all needs on board?
Se outro, o acompanhante é plenamente capaz de atender todas as necessidades a bordo? Yes / Sim No / Não

10. Mobility
Mobilidade

- a. Able to walk without assistance?
Capaz de andar sem assistência? Yes / Sim No / Não
- b. Wheelchair required for boarding to aircraft?
Cadeira de rodas necessária para embarcar na aeronave? Yes / Sim No / Não
- c. Can the patient sit upright in a normal aircraft seat?
(if the answer is NO a stretcher will be required)
O paciente consegue se sentar em uma posição ereta em um assento normal da aeronave?
(Se a resposta for NÃO, será necessário uma maca.) Yes / Sim No / Não

11. Medication list
Lista de medicamentos

12. Other medical information
Outras informações médicas

13. Prognosis for the trip Good / Bom Poor / Ruim
Prognóstico para a viagem

Note: Cabin attendants are not authorized to give assistance to particular passengers, they are trained only in first aid and are not permitted to administer any injection, to give medication, or to feed and toilet patient.

Nota: Os comissários de bordo não devem prestar assistência a passageiros específicos. Eles são treinados apenas em primeiros socorros e não estão autorizados a administrar injeções, fornecer medicação ou alimentar e dar assistência ao paciente no banheiro.

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.

Importante: Quaisquer valores, se aplicáveis, relacionados ao fornecimento das informações acima e para o fornecimento de cuidados especiais pela companhia aérea devem ser pagos pelo passageiro.

Filled and signed
Preenchido e assinado

Physician name _____ Date (dd/mm/yyyy) _____
Nome do médico _____ Data (dd/mm/aaaa) _____

Address / Hospital _____
Endereço / Telefone do hospital _____

Email address _____
Endereço de e-mail _____

Stamp doctor/hospital (optional)
Carimbo médico/hospital (opcional)

(Digital) signature
Assinatura (digital)

Please submit this form by using the submit by e-mail button below or send to mail:
mail.accordsmedicaux@airfrance.fr

Por favor, envie este formulário usando o botão 'Enviar por e-mail' abaixo ou envie para e-mail:
mail.accordsmedicaux@airfrance.fr

Submit by e-mail

Print Form

Enviar por e-mail

Imprimir formulário