



Polskie Linie Lotnicze LOT S.A.  
ul. 17 Stycznia 43  
02-146 Warszawa  
[lot\\_info@lot.pl](mailto:lot_info@lot.pl)

Proszę udzielić odpowiedzi na WSZYSTKIE pytania oraz zaznaczyć odpowiednie pola krzyżykiem (X) dla TAK lub NIE. Wypełniając proszę uzupełniać tylko szare pola i stosować WIELKIE LITERY.

## Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Szczególnej Opieki

### Załącznik A (Wskazówki obsługi dla pracowników linii lotniczych)

IATA Resolution 700 Attachment A

|    |   |   |  |   |                   |
|----|---|---|--|---|-------------------|
| 1  | Imię i nazwisko Pasażera  | Tytuł   | Wiek   | Płeć  |                   |
| 2  | Numer rezerwacji Pasażera (PNR)   |   |  |   |                   |
| 3  | Numer lotu  | Odlot z   | Przylot do   | Data  | Klasa             |
|    | Numer lotu  | Odlot z   | Przylot do   | Data  | Klasa             |
| 4  | Rodzaj niepełnosprawności   |   |  |   |                   |
| 5  | Czy jest potrzeba użycia noszy na pokładzie?  | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | <b>Uwaga:</b> Obowiązuje specjalna opłata za przewóz noszy. Nie wszystkie samoloty są przystosowane do przewożenia noszy na pokładzie. |   |                   |
| 6  | Wymagana asysta podczas podróży?  | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | Kwalifikacje medyczne  | <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> lekarz |                   |
|    | Imię i nazwisko   | PNR (jeśli inny)  |  |   |                   |
| 7  | Potrzebny wózek inwalidzki?   | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   |  |   |                   |
|    | Własny wózek  | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | <input type="checkbox"/> WCHR - Pasażer jest w stanie wejść po schodach  |   |                   |
|    | Składany WCOB   | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | <input type="checkbox"/> WCHS - Pasażer nie jest w stanie wejść po schodach  |   |                   |
|    | Zasilany baterią WCBD   | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | <input type="checkbox"/> WCHC - Pasażer nie jest w stanie chodzić  |   |                   |
| 8  | Potrzebny ambulans?   | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | <b>Uwaga:</b> Organizacja ambulansu stoi po stronie pasażera, ubezpieczyciela itp.   |   |                   |
|    | Podaj dane kontaktowe firmy zapewniającej ambulans  |   |  |   |                   |
| 9  | Potrzebny tlen podczas lotu?  | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | Pasażer posiada własny koncentrator tlenu? (POC)   | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK   |                   |
|    | Jeśli TAK, wskaż  | <input type="checkbox"/> 2 LPM <input type="checkbox"/> 4 LPM <input type="checkbox"/> inne | Jeśli TAK, wskaż model/typ POC   |   |                   |
| 10 | Inne udogodnienia na lotnisku   | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | Lotnisko wylotu  | Lotnisko tranzytowe   | Lotnisko docelowe |
|    | Jeśli TAK, wskaż  |   |  |   |                   |
| 11 | Specjalne udogodnienia na pokładzie?  | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                   | Jeśli TAK, wskaż rodzaj udogodnień (specjalny posiłek, dodatkowe miejsce, dodatkowa przestrzeń na nogi)                                |   |                   |
|    | Wskaż potrzebny sprzęt (respirator, inkubator, tlen itp.)   |   |  |   |                   |
| 12 | Data ostatniego badania (Przeprowadzone nie później niż dwa tygodnie przed datą planowanego wylotu) |   |  |   |                   |

## Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

### Załącznik B Część Pierwsza (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego)

IATA Resolution 700 Attachment B

Formularz zapewnia ścisłą **POUFNOŚĆ**, zbierane informacje mają na celu ocenę stanu zdrowia pasażera i dopuszczenie do podróży. Jeśli Pasażer zostanie dopuszczony do podróży, zebrane informacje pozwolą na wydanie niezbędnych decyzji mających na celu realizację potrzeb Pasażera oraz zapewnienie komfortu podczas lotu. LEKARZ PROWADZĄCY pacjenta jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w formularzu.

|           |   |   |  |  |   |
|-----------|---|---|--|--|---|
| <b>13</b> | <b>Imię i nazwisko pacjenta</b>   | Data urodzenia  | Płeć                                       | Wzrost   | Waga  |
| <b>14</b> | <b>Lekarz prowadzący</b>  |   | e-mail                                     |  |   |
|           | Adres   |   | Telefon (wraz z numerem kierunkowym kraju) |  |   |
| <b>15</b> | <b>Diagnoza</b> (w tym daty bieżące leczenia, początku choroby, wypadku, leczenia, należy sprecyzować czy jest to choroba zakaźna)  |   |  |  |   |
|           | Proszę wskazać rodzaj i naturę każdego z ostatnich badań oraz zabiegów  |   |  |  |   |
| <b>16</b> | <b>Obecne objawy i ich dotkliwość</b>   |   |  |  |   |
| <b>17</b> | Czy zmniejszenie otaczającego cząstkowego ciśnienia tlenu o 25-30% (względne niedotlenienie) wpłynie na stan zdrowia pacjenta? (Ciśnienie w kabinie jest odpowiednikiem szybkiej podróży górskiej na wysokość 2400 metrów (8000 stóp) nad poziomem morza)<br>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Brak pewności <input type="checkbox"/> |   |  |  |   |
| <b>18</b> | <b>Dodatkowe informacje kliniczne</b>   |   |  |  |   |
|           | a. Anemia   | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               | Jeśli TAK, poziom hemoglobiny w gramach <input style="background-color: #d9ead3;" type="text"/>                        |   |
|           | b. Zaburzenia psychiczne, napady drgawek  | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               | Jeśli TAK, zobacz część DRUGĄ  |   |
|           | c. Problemy kardiologiczne  | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               | Jeśli TAK, zobacz część DRUGĄ  |   |
|           | d. Problem z kontrolą oddawania moczu   | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               | Jeśli TAK, podaj sposób zapobiegania <input style="background-color: #d9ead3;" type="text"/>                           |   |
|           | e. Problem z kontrolą wypróżnienia  | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               |  |   |
|           | f. Problemy oddechowe   | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               | Jeśli TAK, zobacz część DRUGĄ  |   |
|           | g. Czy pacjent używa tlenu w domu?  | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               | Jeśli TAK, wskaż ile <input style="background-color: #d9ead3;" type="text"/>   |   |
| <b>19</b> | <b>Asysta</b>   |   |  |  |   |
|           | a. Czy pacjent jest zdolny do podróży bez opieki?   |   |  |  | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
|           | b. Jeśli NIE, czy asysta zapewniona przez przewoźnika będzie wystarczająca?   |   |  |  | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
|           | c. Jeśli NIE, czy pacjent będzie posiadał własną asystę, aby zadbać o jego potrzeby na pokładzie?   |   |  |  | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
|           | d. Jeśli TAK, kto będzie opiekował się pasażerem?   | Lekarz <input type="checkbox"/> Pielęgniarka <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> |  |  |   |
|           | e. Jeśli zaznaczono INNE, czy ta osoba jest w pełni zdolna do pomocy we wszystkich potrzebach?  | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>   |  |  |   |
| <b>20</b> | <b>Sprawność ruchowa</b>  |   |  |  |   |
|           | a. Czy pasażer może chodzić bez asysty?   | TAK <input type="checkbox"/>  | NIE <input type="checkbox"/>               | b. Wózek jest niezbędny do <input type="checkbox"/> wejścia na pokład <input type="checkbox"/> poruszania na pokładzie |   |
| <b>21</b> | <b>Lista przyjmowanych leków</b>  |   |  |  |   |
| <b>22</b> | <b>Inne informacje medyczne</b>   |   |  |  |   |

## Arkusz Informacyjny dla Pasażerów Wymagających Autoryzacji Medycznej

### Załącznik B Część Druga (do uzupełnienia przez lekarza prowadzącego)

IATA Resolution 700 Attachment B

#### Stan układu krążenia

23

- a. Objawy choroby wieńcowej? TAK  NIE  Kiedy stwierdzono ostatni przypadek?
- Czy stan jest stabilny? TAK  NIE
  - Stopień wydolności TAK  NIE
- Brak objawów  Przy dużym wysiłku  Przy lekkim wysiłku  Podczas spoczynku
- Czy pacjent jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 schodów bez objawów? TAK  NIE
- b. Zawał mięśnia sercowego TAK  NIE  Data:
- Powikłania TAK  NIE  Jeśli TAK, podaj szczegóły
  - Próba wysiłkowa TAK  NIE  Jeśli TAK, jaki był wynik? METS
  - Jeśli leczony inwazyjnie (bypass):
- Czy pacjent jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK  NIE
- c. Niewydolność mięśnia sercowego TAK  NIE  Kiedy stwierdzono ostatni przypadek?
- Stopień nasilenia niewydolności mięśnia sercowego?
- Brak objawów  Duszność przy dużym wysiłku
- Duszność podczas spoczynku  Duszność z powodu lekkiego wysiłku
- d. Omdlenia TAK  NIE  Jeśli TAK, proszę podać wynik
- e. Badania TAK  NIE

24

- Przewlekłe choroby płuc TAK  NIE
- a. Ostatnie wyniki gazometrii
- b. Wyniki pomiarów saturacji  w powietrzu  w trakcie podawania tlenu („na tlenie”) \_\_\_\_\_ LPM litry/minuta
- Jeśli TAK, jaki był wynik? Saturacja \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_
- c. Czy występuje retencja CO<sub>2</sub>? TAK  NIE
- d. Czy jego/jej stan uległ pogorszeniu ostatnio? TAK  NIE
- e. Czy pacjent jest w stanie przejść 100 metrów normalnym tempem lub pokonać 10-12 stopni bez objawów? TAK  NIE
- f. Czy pacjent odbył kiedykolwiek lot samolotem w tych samych warunkach? TAK  NIE
- Jeśli TAK, wskaż kiedy?  
Czy pacjent miał jakiegokolwiek problemy?

25

- Stan psychiczny
- a. Czy istnieje prawdopodobieństwo, że pasażer będzie pobudzony podczas lotu? TAK  NIE
- b. Czy pacjent/ka podróżował/a samolotem wcześniej? TAK  NIE
- Jeśli TAK, podaj datę podróży \_\_\_\_\_ Pacjent będzie podróżował  sam  z asystą

26

- Napady padaczkowe TAK  NIE
- a. Jakie są typy napadów?
- b. Częstotliwość napadów?
- c. Kiedy nastąpił ostatni atak?
- d. Czy pasażer jest leczony? TAK  NIE

27

- Jaka jest kondycja zdrowotna pacjenta przed podróżą? DOBRA  ZŁA

Podpis lekarza

Data

**Uwaga:** Personel pokładowy nie jest upoważniony do udzielania specjalnej pomocy (np. podnoszenia, przenoszenia) poszczególnym pasażerom kosztem obsługi pozostałych pasażerów. Ponadto personel jest przeszkolony tylko i wyłącznie do udzielania **pierwszej pomocy**, nie wolno im również wykonywać żadnych zastrzyków oraz podawać leków pasażerom.

**Ważne:** Opłaty (jeśli są wymagane) dotyczące wybranych świadczeń zapewnionych przez przewoźnika lotniczego muszą być wniesione przez pasażera.