

INFORMAÇÕES PARA O MÉDICO

Contraindicações clínicas para o transporte em voo comercial de passageiros que necessitam de assistência especial

Para determinar se o paciente pode realizar a viagem aérea indicada no Formulário A e prosseguir com o preenchimento dos Formulários B parte 1 e 2, é importante considerar alguns fenômenos relacionados ao voo:

- a)** A altitude mínima de cruzeiro é de cerca de 8.000 pés (equivalente a 2.450 metros); nessa altitude, a pressão parcial do oxigênio sofre uma redução de 25–30% (hipóxia relativa). Essa situação pode causar distúrbios em passageiros com mecanismos de adaptação comprometidos. A depressão na cabine provoca a dilatação dos gases contidos nas cavidades do organismo. Normalmente, os passageiros não percebem esse aumento de volume. Pode acontecer que o passageiro, especialmente devido à rapidez da decolagem (que nunca ultrapassa 200 m/minuto), perceba o fenômeno da expansão gasosa que acompanha a variação de altitude dentro da cabine. A bordo de uma aeronave comercial, o fator fisiológico mais importante a considerar é a leve depressão atmosférica que ocorre durante o voo.
- b)** A aceleração no momento da decolagem aumenta no máximo 0,3 “g”. Esse fenômeno é pouco percebido pelo passageiro. No entanto, o passageiro pode sentir algum desconforto relacionado à doença que possui. A aceleração provoca um deslocamento hemodinâmico relativamente leve. Se somada aos movimentos causados por eventual turbulência e a fatores psicológicos, pode surgir o chamado “mal do movimento”.
- c)** A luminosidade da atmosfera é intensa, o que pode causar lacrimejamento e hiperemia conjuntival em indivíduos com sistema visual sensibilizado. O uso de óculos escuros pode ser uma medida preventiva apropriada.
- d)** As variações de fuso horário em viagens aéreas intercontinentais podem ser significativas. Por exemplo, um voo de Roma para Nova York leva cerca de 8 horas e, com a mudança de fuso horário, o dia do passageiro passa a ter 30 horas em vez de 24. Na viagem de volta, o dia é reduzido para 18 horas. A mudança de clima também é relevante. Em poucas horas, pode-se passar de um clima equatorial para zonas temperadas ou frias, sem que o organismo tenha tempo de se adaptar fisiologicamente. A variação de altitude também pode ter um significado especial. Por exemplo, em uma viagem para Nairóbi (1.800 m), a altitude de chegada pode ser superior à da pressurização criada na partida de Roma. A rapidez dessas variações deve sempre ser considerada cuidadosamente para os pacientes.

Considerando o exposto, o transporte aéreo é contraindicado para pacientes cuja condição clínica corresponda a uma das seguintes situações:

- 1) Condições cardiovasculares graves, como:**
 - a.** insuficiência cardíaca grave ou trombose recente de grandes vasos;
 - b.** infarto do miocárdio. Passageiros nessas condições não são aceitos até quatro semanas após o episódio agudo;
- 2)** Tenham sido submetidos à introdução de gases, como pneumotórax ou introdução de ar no sistema nervoso para ventriculografia, pneumomediastino, pneumoperitônio, etc.;
- 3)** Sofram de doenças mentais e/ou do sistema nervoso que necessitem de psicofármacos maiores e que não estejam acompanhados; para passageiros com deficiência cognitiva, intelectual ou de desenvolvimento (identificados no transporte aéreo com o código DPNA), é necessário parecer de um especialista em neurologia, psiquiatria ou neuropsiquiatria para determinar se o passageiro pode viajar sozinho ou acompanhado, a eventual terapia a ser realizada antes e durante o voo, e o tipo de acompanhante necessário, considerando também a duração da viagem;
- 4)** Sofram de otite média;
- 5)** Tenham sido recentemente acometidos por poliomielite (menos de 30 dias desde o episódio agudo da doença). Qualquer estágio de poliomielite bulbar;
- 6)** Sofram de tumores de grandes dimensões na cavidade torácica, hérnia grave não sustentada, obstrução intestinal, doenças que causem aumento da pressão intracraniana, fraturas cranianas ou fratura recente da mandíbula;
- 7)** Apresentem resistência insuficiente da cicatriz cirúrgica após intervenções recentes;
- 8)** Bebês prematuros ou com menos de 7 dias de vida;
- 9)** Sofram de patologias relacionadas à hipercoagulabilidade do sangue sem estarem em tratamento antitrombótico (ex.: AVC);
- 10)** Passageiros diabéticos que tenham sido hospitalizados nos 30 dias anteriores ao voo.

Nota: Para orientações sobre passageiros diabéticos e informações gerais sobre passageiros que necessitam de assistência especial, consulte a seção “Assistência Especial” no site www.ita-airways.com.

Lembrete: Por motivos de saúde pública, passageiros com doenças contagiosas e transmissíveis não podem ser autorizados a viajar.

Para mulheres grávidas, o voo é permitido até a 36ª semana de gestação; a partir da 28ª semana, deve ser apresentado um certificado de autorização para voar, emitido e assinado pelo ginecologista responsável. Em caso de gravidez gemelar ou múltipla, o voo é permitido até a 32ª semana de gestação; o certificado de autorização para voar deve ser apresentado em qualquer caso.

Se o médico que preenche o MEDIF precisar de assistência para preparar o documento, a ITA Airways disponibiliza um serviço de consultoria médica, acessível por e-mail no endereço: medicalserves@ita-airways.com. Este serviço está disponível nos seguintes horários: de segunda a sexta-feira, das 09:00 às 17:00 GMT Roma, Itália.

FORMULÁRIO A – FOLHA INFORMATIVA PARA PASSAGEIROS QUE NECESSITAM DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL**Preenchido pelo Passageiro ou seu Representante/Delegado**

(Escrever em letras maiúsculas, responder a todas as perguntas e marcar com um "X" as caixas correspondentes)

1. **Nome Completo** _____
2. **Código de reserva (PNR)** _____
3. **Itinerário proposto** (a transferência entre voos pode exigir um tempo de conexão mais longo) _____
4. **Companhia(s)/Número(s) do voo(s)/Classe(s)/Data(s)** _____

MÓDULO B (P.1) – FOLHA INFORMATIVA PARA PASSAGEIROS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO MÉDICA**Preenchido pelo Médico**

Os Passageiros PRM que necessitam de autorização médica para voar devem apresentar este formulário preenchido e assinado pelo médico e pelo passageiro ou seu representante/delegado.

Enviar o formulário para: **Customer Information Assistance Office** e entrar em contato número dedicado.

As informações aqui contidas são confidenciais e protegidas na forma da Lei Geral de Proteção de Dados – Lei 13.709/2018. Os dados pessoais fornecidos por você serão tratados exclusivamente com a finalidade de fornecer o serviço de transporte e os serviços relacionados às necessidades específicas por você indicadas. O tratamento dos seus dados será realizado por meios eletrônicos e manuais, a dotando todas as medidas de segurança adequadas para garantir a confidencialidade e a integridade das informações. O controlador dos dados é a ITA Italia Trasporto Aereo S.p.A., com sede na Via XX Settembre 97, Roma, Itália.

Para o exercício dos seus direitos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados – Lei 13.709/2018, você pode entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados ou com o Controlador, também por meio do seguinte endereço de e-mail: dpo@ita-airways.com

1. **Nome completo do paciente** _____
Idade _____ Sexo _____ Nacionalidade _____ Altura cm _____ Peso kg _____
2. **Médico (Sobrenome/Nome)** _____
Endereço do Hospital _____ Contatos telefônicos: Celular/Consultório _____
3. **Diagnóstico detalhado, natureza e datas de qualquer cirurgia recente** _____

A doença é contagiosa? Sim ☐ Não ☐ (Se SIM, o passageiro não pode viajar)

4. **Uma redução parcial no ambiente, de 25% a 30%, da pressão de oxigênio (hipóxia relativa) afeta as condições médicas do paciente?** (A pressão mínima na cabine equivale a uma subida rápida à montanha a uma altitude de 2.400 metros acima do nível do mar, ocorrendo ao atingir 8.000 pés de altitude): Sim ☐ Não ☐

Informações clínicas adicionais

- a. Controle normal da bexiga Sim ☐ Não ☐ Se não, indicar como é controlado _____
- b. Controle normal do intestino Sim ☐ Não ☐ Se não, indicar como é controlado _____

6. Acompanhante

- a. O paciente é capaz de viajar sozinho? Sim ☐ Não ☐
- b. Se não, a assistência da companhia aérea no embarque/desembarque é suficiente? Sim ☐ Não ☐
- c. Se não, o paciente tem um acompanhante capaz de cuidar de suas necessidades a bordo (medicamentos, refeições, banheiro)? Sim ☐ Não ☐; Sobrenome/Nome do Acompanhante: _____
Tipo ☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Outro: _____

7. **Mobilidade** O paciente é capaz de caminhar sem assistência Sim ☐ Não ☐;
Cadeira de rodas necessária: até a aeronave ☐ até o assento ☐
8. **Assento** O paciente pode sentar-se em um assento normal de avião com as pernas dobradas? Sim ☐ Não ☐
(Se NÃO, a viagem só será permitida com ativação do serviço de maca)
9. **Lista de medicamentos necessários para a viagem / outras informações médicas** (medicamentos, aparelhos eletromédicos) _____

MÓDULO B (P. 2) – FOLHA INFORMATIVA PARA PASSAGEIROS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO MÉDICA**Preenchido pelo Médico****10. Doenças cardíacas** Sim ☐ Não ☐ Se SIM, especificar a Classe funcional _____(Se a resposta for **NÃO**, não é necessário preencher os campos a-b-c-d)**a. Angina** Sim ☐ Não ☐ Quando foi o último episódio? _____ As condições estão estáveis? Sim ☐ Não ☐**b. Infarto do miocárdio** Sim ☐ Não ☐ Data _____Complicações Sim ☐ Não ☐ Se sim, indicar detalhes _____Foi submetido a angioplastia ou bypass coronário Sim ☐ Não ☐**c. Insuficiência cardíaca** Sim ☐ Não ☐ Quando foi o último episódio? _____O paciente está sendo tratado com medicamentos Sim ☐ Não ☐**d. Síncope** Sim ☐ Não ☐ Quando foi o último episódio? _____**11. Doenças pulmonares crônicas** Sim ☐ Não ☐**a.** O paciente usa oxigenoterapia em casa? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indicar o fluxo l/min _____**b.** Necessita de oxigênio a bordo fornecido pela companhia aérea:(Gasoso, fluxo contínuo de 4 l/min) Sim ☐ Não ☐**c.** Usa seu próprio concentrador de oxigênio a bordo Sim ☐ Não ☐

Se SIM, indicar o fluxo, marca e modelo _____

12. Doenças psiquiátricas em comorbidade Sim ☐ Não ☐**13. Crises epiléticas** Sim ☐ Não ☐**a.** Que tipo de crise? _____**b.** Frequência das crises? _____**c.** Quando foi a última crise? _____**d.** As crises são controladas por medicamentos? _____**14. Prognóstico para a viagem** Favorável ☐ Desfavorável ☐**15. Com base na patologia/condições, é necessário um novo MEDIF para o voo de retorno** Sim ☐ Não ☐

Declaro que li integralmente o formulário "Informações para o Médico". Declaro sob minha responsabilidade que examinei o(a) paciente acima indicado(a) e revisei sua documentação clínica, confirmando que está em condições de saúde adequadas para realizar viagem em voo comercial. Comprometo-me a informar à ITA Airways com antecedência adequada, antes da data de partida, qualquer alteração no estado de saúde que possa comprometer a segurança do transporte aéreo.

Assinatura do médico _____ **Local e data** _____

A ITA Airways reserva-se o direito, por meio de seu Departamento Médico, de verificar as condições de saúde declaradas no MEDIF e negar a reserva/embarque caso estas representem riscos à segurança e regularidade do transporte aéreo, à segurança e saúde da tripulação e dos passageiros, ou se não for possível fornecer a assistência solicitada. **Nota:** Os comissários de bordo não estão autorizados a prestar assistência especial a um passageiro específico em detrimento do serviço oferecido aos demais passageiros. Eles são treinados e habilitados apenas para intervenções de primeiros socorros e não estão autorizados a aplicar injeções ou administrar medicamentos. Podem abrir embalagens de alimentos, mas não alimentar o passageiro; podem acompanhá-lo até o banheiro, mas não dentro dele. Para essas funções, recomenda-se fortemente um assistente pessoal. **Importante:** Quaisquer honorários relativos tanto às informações acima mencionadas quanto aos equipamentos especiais fornecidos pela companhia aérea, são de responsabilidade do passageiro. Para equipamentos de propriedade do passageiro, informar à ITA Airways com pelo menos 48 horas de antecedência ao voo para verificar se podem ser embarcados e utilizados com segurança.

Declaração do passageiro ou seu representante/delegado. Com base nas declarações feitas neste formulário (partes B1 e B2), relativas à(s) patologia(s) indicada(s), assumo exclusivamente o risco de eventuais danos à saúde causados pelo transporte aéreo solicitado, isentando desde já a companhia aérea, seus funcionários, colaboradores e agentes de qualquer responsabilidade decorrente.

Eu, abaixo assinado, autorizo (nome do médico atendente) _____

a fornecer às Companhias Aéreas as informações relativas ao estado de saúde em consideração à viagem aérea, razão pela qual eu, abaixo assinado, isento meu médico assistente de seu dever profissional de confidencialidade em relação a essas informações e aceito pagar seus honorários. Tendo tomado conhecimento das informações fornecidas pelo Controlador de Dados, dou meu consentimento para o tratamento de todos os dados pessoais e/ou sensíveis necessários para a execução das funções acima descritas. Declaro estar ciente de que, se aceito para o transporte, minha viagem estará sujeita às Condições Gerais de Transporte e aos regulamentos tarifários da companhia aérea envolvida, e que a companhia aérea não assume responsabilidades especiais além daquelas previstas nas referidas condições e regulamentos. Concorde em reembolsar, mediante solicitação, a companhia aérea por todas as despesas ou custos especiais relacionados ao meu transporte.

Assinatura do passageiro ou seu representante/delegado _____ **Local e Data** _____

Informamos que todos os dados fornecidos neste formulário serão tratados exclusivamente para a execução do contrato de transporte, em conformidade com o disposto no Regulamento (UE) 2016/679 (GDPR), no Decreto Legislativo italiano n. 196/2003 e suas alterações (Decreto Legislativo n. 101/2018), bem como na Lei de Proteção de Dados Pessoais Brasileira nº 13.709/2018 (LGPD). Declaro meu consentimento para o tratamento dos dados.

Assinatura do passageiro ou seu representante/delegado _____ **Local e Data** _____