

MODULO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO UN' ASSISTENZA SPECIALE

Tutti i passeggeri con ridotta mobilità (PRM) devono presentare le pagine 1 e 3 compilate e firmate dall' Agente Alitalia oppure compilate dal Cliente e controllate e firmate dall' Agente Alitalia

Scrivere in stampatello o a macchina, rispondere a tutte le domande e mettere una X sulle caselle interessate.

Tutti i passeggeri PRM che hanno bisogno del nullaosta sanitario al volo devono presentare, oltre alle pagine 1 e 3, anche le pagine 2 e 4 compilate e firmate dal medico curante del Cliente, o dal medico della compagnia; le stesse devono riportare la firma del Cliente.

Si informa che tutti i dati riportati sul modulo saranno trattati dall' Alitalia S.p.A. ai sensi della Legge italiana 675/96 sulla tutela della privacy al solo fine dell' esecuzione del contratto di trasporto aereo. Si evidenzia inoltre che il trattamento di tali dati è stato autorizzato dal Garante della tutela della privacy.

N.B.: Comunicare al Cliente le norme di Compagnia previste per il trasporto dei passeggeri con ridotta mobilità

A		Cognome, nome, iniziali, sesso del Cliente.	
B		Itinerario previsto: vettori, numeri dei voli, date, tratte, classi, stato della prenotazione sull' intero viaggio comprese le tratte interlinea.	
		N.B.: comunicare al Cliente che il trasferimento da un volo ad un altro potrebbe richiedere un tempo di coincidenza più lungo.	
C		Tipologia di assistenza richiesta / necessaria WCHR <input type="checkbox"/> WCHC <input type="checkbox"/> DEAF <input type="checkbox"/> OXYG <input type="checkbox"/> MEDA <input type="checkbox"/> WCHS <input type="checkbox"/> BLND <input type="checkbox"/> BLND/DEAF <input type="checkbox"/> STCR <input type="checkbox"/> PREG <input type="checkbox"/>	
D		Necessità di barella a bordo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Compilare in sezione "E" N.B.: comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta	
E		Necessità di accompagnatore perché il Cliente può provvedere SENZA ASSISTENZA alle proprie necessità personali durante il volo (assunzione dei pasti, uso della toilette, etc) NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cognome, nome, iniziali, sesso, età dell' Accompagnatore N.B.: chiedere al Cliente non vedente e/o non udente se ha il cane guida NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
F		Necessità di sedia a rotelle Ha sedia a rotelle personale Pieghevole Alimentata a batteria Batteria con liquido NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.B.: comunicare al Cliente le condizioni per il trasporto del Suo tipo di sedia a rotelle stabilite dalla Compagnia/e dai Paesi coinvolti nel viaggio	
G		Necessità di ambulanza E' a cura della compagnia : NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> contatto della Società che fornisce l' ambulanza luogo / indirizzo del Cliente a destinazione finale N.B.: comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta	
H		Necessità di accordo per le altre forme di assistenza a terra NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo: A-la Compagnia Aerea o altra Organizzazione che provvede a quanto richiesto B-a carico di chi sono le spese C-Contatto, indirizzi/telefonici quando necessari o tutte le volte che specifiche persone incontreranno / assisteranno il Cliente	
1		Presso l' aeroporto di partenza NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
2		Presso i punti di coincidenza NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
3		Presso l' aeroporto d' arrivo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
4		Altre richieste e/o informazioni NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
K		Necessità di ulteriori servizi di volo (pasti speciali, attrezzature speciali, etc) NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Vedere/compilare le pagine 2-4 e indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo: A-le tratte relative alla richiesta B-se ai servizi provvede la Compagnia Aerea o altri C-a carico di chi sono le spese	
L		Il Cliente ha una tessera sanitaria FREMEC (Frequent Traveller's Medical Card) valida per il viaggio NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> il medico curante deve compilare le pagine 2 e 4 indicare i dati della FREMEC nelle caselle sottostanti numero della FREMEC Emessa da Valida fino al Età	
Luogo		Data	
		Firma dell' Agente Alitalia	

MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE		RISERVATO
Da compilare a cura del MEDICO CURANTE	RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE. (Mettere un segno "X" nelle appropriate caselle "SI" o "NO", e/o dare precise e concise risposte). *Questo modulo è destinato a fornire informazioni RISERVATE, per mettere in grado gli Enti competenti delle compagnie aeree di accertare l'idoneità del cliente a viaggiare come indicato nella PAGINA 1 Si informa che i dati di cui al presente modulo saranno trattati dall' ALITALIA S.p.A. ai sensi della Legge Italiana 675/96 sulla tutela della privacy al solo fine dell'esecuzione del contratto di trasporto aereo. Si evidenzia inoltre che il trattamento di tali dati è stato autorizzato dal Garante della tutela della privacy.* Se il cliente può viaggiare in aereo, queste informazioni permetteranno l'emissione delle necessarie direttive, intese a provvedere al benessere e alla comodità del cliente.	Questo modulo deve essere restituito a: (indirizzo Ufficio Alitalia emittente)
COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO O A MACCHINA		
Codice di rif. della Comp.	COGNOME, NOME, SESSO, ETA' DEL CLIENTE:	
MEDA 02	MEDICO CURANTE: - Cognome, nome, indirizzo:	
	- Contatto telefonico: Studio	Abitazione:
MEDA 03	DATI MEDICI: - DIAGNOSI in dettaglio (comprese informazioni indispensabili) - Giorno / mese / anno:	
	dei primi sintomi:	dell'operazione:
MEDA 04	- PROGNOSTI per il viaggio:	
MEDA 05	- Malattia infettiva e trasmissibile? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> → Specificare:	
MEDA 06	- Il cliente necessita di particolare attenzione durante il viaggio? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> → Specificare:	
MEDA 07	- Il cliente può usare un posto normale sull'aeromobile con lo schienale messo in posizione ERETTA quando ciò è richiesto? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> → Specificare:	
MEDA 08	- Il cliente può provvedere SENZA ASSISTENZA alle proprie necessità a bordo (compresi pasti, uso della toilette, ecc.)? (Vedere nota x) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Se no, specificare tipo di assistenza	
MEDA 09	- Se il cliente ha bisogno di un ACCOMPAGNATORE, quello indicato nella PAG 1 lettera E è idoneo? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Se no, indicare tipo di accompagnatore necessario	
MEDA 10	- Il cliente necessita di APPARATO EXTRA OXYG durante il volo? (Vedere nota xx) (Se si, specificare la velocità del flusso) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> → Litri per minuto → <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> A flusso continuo? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
MEDA 11	- Il cliente necessita di ASSISTENZA FARMACEUTICA, (vedere nota x) in aggiunta alla autosomministrazione di medicinali, e/o l'uso di apparecchiature speciali come il respiratore, ecc.? (Vedere nota xx) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Specificare → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (A) durante la sosta a TERRA negli aeroporti	
MEDA 12	(B) a bordo dell'AEREO. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Specificare → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
MEDA 13	(A) durante una sosta prolungata o notturna presso la LOCALITA' DI COINCIDENZA lungo la rotta no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Azione: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
MEDA 14	- Il cliente necessita di RICOVERO OSPEDALIERO? (Se si, indicare le azioni effettuate, e in caso negativo indicare "NESSUNA AZIONE") no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Azione: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (B) all'arrivo a DESTINAZIONE	
MEDA 15	- Altre note o informazioni per un trasporto comodo e confortevole del cliente? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Specificare → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (Vedere nota xx)	
MEDA 16	- Altre forme di assistenza procurate dal medico curante	
NOTA(x) GLI ASSISTENTI DI VOLO NON SONO AUTORIZZATI A FORNIRE ASSISTENZA SPECIALE AI CLIENTI PARTICOLARI, A DETRIMENTO DEL SERVIZIO AGLI ALTRI CLIENTI. INOLTRE, ESSI SONO ADDESTRATI E ABILITATI SOLTANTO PER INTERVENTI DI PRIMO SOCCORSO.		
NOTA (xx) GLI EVENTUALI ONORARI, INERENTI SIA ALLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA CHE ALLE ATTREZZATURE SPECIALI FORNITE DAL VETTORE, SONO A CARICO DEL CLIENTE INTERESSATO		
LUOGO	DATA	FIRMA DEL MEDICO CURANTE
DICHIARAZIONE DEL CLIENTE IO SOTTOSCRITTO AUTORIZZO (nome del medico curante) a fornire alle compagnie aeree le informazioni relative allo stato di salute in considerazione del viaggio aereo, per il qual motivo io sottoscritto esento il mio medico curante dal suo dovere professionale di riservatezza riguardo a queste informazioni, e accetto di saldare i suoi onorari. Mi dichiaro a conoscenza del fatto che, se accettato per il trasporto, il mio viaggio sarà soggetto alle Condizioni Generali di Trasporto e ai regolamenti tariffari del vettore interessato e che il vettore non assume particolari responsabilità oltre a quelle previste dalle suddette condizioni di trasporto e regolamenti tariffari. Acconto a rimborsare, su domanda, il vettore per tutte le spese speciali o costi in relazione al mio trasporto. (Da essere letto, datato e firmato dal cliente o da chi per lui).		
LUOGO	DATA	FIRMA DEL CLIENTE

MODULO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO UN' ASSISTENZA SPECIALE

Tutti i passeggeri con ridotta mobilità (PRM) devono presentare le pagine 1 e 3 compilate e firmate dall' Agente Alitalia oppure compilate dal Cliente e controllate e firmate dall' Agente Alitalia

Scrivere in stampatello o a macchina, rispondere a tutte le domande e mettere una X sulle caselle interessate.

Tutti i passeggeri PRM che hanno bisogno del nullaosta sanitario al volo devono presentare, oltre alle pagine 1 e 3, anche le pagine 2 e 4 compilate e firmate dal medico curante del Cliente, o dal medico della compagnia; le stesse devono riportare la firma del Cliente.

Si informa che tutti i dati riportati sul modulo saranno trattati dall' Alitalia S.p.A. ai sensi della Legge italiana 675/96 sulla tutela della privacy al solo fine dell' esecuzione del contratto di trasporto aereo. Si evidenzia inoltre che il trattamento di tali dati è stato autorizzato dal Garante della tutela della privacy.

N.B.: Comunicare al Cliente le norme di Compagnia previste per il trasporto dei passeggeri con ridotta mobilità

A	Cognome, nome, iniziali, sesso del Cliente.					
B	Itinerario previsto: vettori, numeri dei voli, date, tratte, classi, stato della prenotazione sull' intero viaggio comprese le tratte interlinea.			N.B.: comunicare al Cliente che il trasferimento da un volo ad un altro potrebbe richiedere un tempo di coincidenza più lungo.		
C	Tipologia di assistenza richiesta / necessaria	WCHR <input type="checkbox"/>	WCHC <input type="checkbox"/>	DEAF <input type="checkbox"/>	OXYG <input type="checkbox"/>	MEDA <input type="checkbox"/>
		WCHS <input type="checkbox"/>	BLND <input type="checkbox"/>	BLND/DEAF <input type="checkbox"/>	STCR <input type="checkbox"/>	PREG <input type="checkbox"/>
D	Necessità di barella a bordo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Compilare in sezione "E"		N.B.: comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta
E	Necessità di accompagnatore perché il Cliente può provvedere SENZA ASSISTENZA alle proprie necessità personali durante il volo (assunzione dei pasti, uso della toilette, etc)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Cognome, nome, iniziali, sesso, età dell' Accompagnatore		N.B.: chiedere al Cliente non vedente e/o non udente se ha il cane guida NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
F	Necessità di sedia a rotelle NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Ha sedia a rotelle personale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Pieghevole NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Alimentata a batteria NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Batteria con liquido NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	N.B.: comunicare al Cliente le condizioni per il trasporto del Suo tipo di sedia a rotelle stabilite dalla Compagnia/e dai Paesi coinvolti nel viaggio
G	Necessità di ambulanza NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	E' a cura della compagnia : NO <input type="checkbox"/> contatto della Società che fornisce l' ambulanza SI <input type="checkbox"/> luogo / indirizzo del Cliente a destinazione finale			N.B.: comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta	
H	Necessità di accordo per le altre forme di assistenza a terra NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo: A-la Compagnia Aerea o altra Organizzazione che provvede a quanto richiesto B-a carico di chi sono le spese C-Contatto, indirizzi/telefonici quando necessari o tutte le volte che specifiche persone incontreranno / assisteranno il Cliente			
1	Presso l' aeroporto di partenza NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
2	Presso i punti di coincidenza NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
3	Presso l' aeroporto d' arrivo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
4	Altre richieste e/o informazioni NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
K	Necessità di ulteriori servizi di volo (pasti speciali, attrezzature speciali, etc) NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Vedere/compilare le pagine 2-4 e indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo: A-le tratte relative alla richiesta B-se ai servizi provvede la Compagnia Aerea o altri C-a carico di chi sono le spese			
L	Il Cliente ha una tessera sanitaria FREMEC (Frequent Traveller's Medical Card) valida per il viaggio NO <input type="checkbox"/> il medico curante deve compilare le pagine 2 e 4 SI <input type="checkbox"/> indicare i dati della FREMEC nelle caselle sottostanti					
	[] numero della FREMEC		[] Emessa da		[] Valida fino al	
	[]		[]		[] Età	
	Luogo		Data		Firma dell' Agente Alitalia	

<p>ALLEGATO alla Pag. 2 da consegnare al MEDICO CURANTE</p>	<p>MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE PER VIAGGI AEREI</p>
<p>Controindicazioni Cliniche al trasporto con Aereo di Linea di Clienti che richiedono una assistenza speciale</p>	

Al fine di poter determinare se il cliente può effettuare il viaggio aereo indicato nella pagina 1 del presente modulo, è opportuno soffermare l'attenzione su alcuni fenomeni inerenti al volo:

a) La quota in cabina pressurizzata può aggirarsi sull'equivalente altimetrico esterno massimo di 2450 metri (circa 8000 piedi), quota peraltro raggiunta dai nostri aeromobili solo occasionalmente e per brevissimi periodi di tempo. L'ipossia che ne consegue è molto modesta e non è avvertita dal soggetto sano.

Può invece essere avvertita e determinare turbe nel passeggero che abbia compromessi i meccanismi di adattamento.

La depressione nella cabina induce una dilatazione di gas contenuti nelle cavità dell'organismo.

I passeggeri, normalmente, non avvertono detto aumento di volume.

Può accadere che il passeggero, soprattutto a seguito della rapidità di decollo che tuttavia non supera mai i 200 mt/minuto, avverta il fenomeno dell'espansione gassosa con cui si instaura la variazione di altitudine nell'interno della cabina.

A bordo di un aereo di linea il fattore fisiologico più importante da considerare è la modesta depressione atmosferica che si instaura con il volo.

b) L'accelerazione, in occasione dell'involo, aumenta al massimo di 0,3 "g".

Anche tale fenomeno è scarsamente avvertito dal passeggero.

Il passeggero può avvertire, invece, un certo disagio legato al tipo di malattia da cui è affetto.

L'accelerazione induce, infatti, uno spostamento emodinamicamente piuttosto lieve.

Se l'accelerazione si somma ai movimenti indotti da un'eventuale turbolenza ed a fattori psicologici, si può avere l'insorgenza del "mal di movimento".

c) La luminosità dell'atmosfera è intensa, e può indurre talvolta uno stato di lacrimazione ed iperemia congiuntivale in soggetti con apparato visivo sensibilizzato.

L'uso di lenti scure può costituire un mezzo preventivo appropriato.

d) Le variazioni di fuso orario per i viaggi aerei intercontinentali possono essere rilevanti.

Ad esempio, un aereo da Roma a New York impiega circa 8 ore e con le variazioni del fuso orario la giornata del passeggero è di 30 ore anziché 24.

Nel viaggio di ritorno la giornata è ridotta a 18 ore.

Il cambiamento climatico ha la sua importanza.

Talvolta in poche ore si può passare da un clima equatoriale alle zone temperate o fredde, senza che l'organismo abbia avuto il tempo di raggiungere fisiologicamente un adattamento.

Lo spostamento altimetrico ha talvolta un significato particolare.

Nel caso, ad esempio, di un viaggio a Nairobi (1800 mt) la quota di arrivo può essere superiore a quella di pressurizzazione creata alla partenza da Roma.

La rapidità della variazione di questi fattori si ritiene sia sempre da considerare in modo attento per gli ammalati.

In considerazione di quanto sopra, per i quadri clinici specificati di seguito, il viaggio aereo è generalmente controindicato per passeggeri che:

- 1) abbiano gravi condizioni cardiache come: grave scompenso cardiaco o recente trombosi coronarica, infarto del miocardio.
I passeggeri in tali condizioni non sono generalmente accettabili entro quattro settimane dall'episodio acuto.
- 2) abbiano subito immissione di gas, come per esempio recente pneumotorace o introduzione di aria nel sistema nervoso per ventricolografia, pneumomediastino, pneumoperitoneo, ecc.
- 3) siano affetti da malattie mentali e/o del sistema nervoso, che necessitino di tranquillanti maggiori e che non siano accompagnati.
- 4) siano affetti da gravi casi di otite media con occlusione della tromba di Eustachio.
- 5) siano affetti da gravi casi di malattie infettive e trasmissibili.
- 6) siano affetti da malattie repulsive o contagiose della pelle.
- 7) siano stati colpiti recentemente da poliomielite purché siano trascorsi almeno 30 giorni dall'episodio acuto di malattia.
Qualsiasi stadio di poliomielite bulbare.
- 8) siano affetti da tumori di grandi dimensioni della cavità toracica, ernia grave non sostenuta, occlusione intestinale, malattie con conseguente aumento della pressione endocranica, fratture del cranio, e coloro che presentino recente frattura della mandibola con legamento permanente.
- 9) presentino insufficiente resistenza della cicatrice chirurgica a seguito di recenti interventi chirurgici.
- 10) passeggeri in stato interessante nei 7 giorni precedenti il parto e puerpere nei 7 giorni successivi il parto.
- 11) bambini prematuri o nati da meno di 7 giorni.