flyPersia
هواپیمایی فلای پرشیا

فرم اطلاعات پزشکی مسافرین بیمار

MEDIF - Medical Information Form

Contact No. تلفن تماس	Destination مقصد	Sex جنسیت F زن M مرد	Age سن	First name and Last name نام و نام خانوادگی

شرح حال بیماری
Medical History

تشخیص نهایی بیماری
Final Diagnosis

تاریخ تشخیص
Date of Diagnosis

علائم حیاتی بیمار: تعداد نبض .... فشار خون .... تعدادتنفس.............. دمای بدن ....
Patient Vital signs: Heart Rate .... Blood pressure .... Respiratory rate .... Temperature ....

آیا بیماری واگیر و مسری می باشد؟ خیر ☐ بلی ☐ توضیحات:
Contagious And Communicable Disease? No ☐ Yes ☐ Remarks:

آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی می کند ؟ (بو ، وضع ظاهری، رفتار و ...) خیر ☐ بلی ☐ توضیحات:
Is the patient's condition likely to be a source of discomfort to other passengers (Unpleasant odor, appearance, behaviour) No ☐ Yes ☐ Remarks:

شرایط انتقال بیمار به هواپیما چگونه می باشد؟ معمولی ☐ از طریق بالابر ☐ صندلی چرخدار ☐ برانکار ☐
Transfering to the Airplane: Regular ☐ Elevator ☐ Wheelchair ☐ Stretcher ☐

وضعیت استقرار بیمار داخل هواپیما چگونه است؟ صندلی معمولی (امکان قرار گرفتن پشتی صندلی در حالت قائم) ☐ استفاده از صندلی اضافه ☐ استفاده از تخت ☐
Position of the Patient Onboard: Regular Scat ☐ Extra Seat ☐ Stretcher ☐

آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد؟ خیر ☐ بلی ☐ همراه عادی ☐ همراه‌پزشک‌یاپرستار ☐ کنترل علائم حیاتی ☐ دارو درمانی ☐
Does the Patient Needs Special Care Onboard? No ☐ Yes ☐ Normal Attendant ☐ With a Doctor or Nurse ☐ Control of Vital Sign ☐ Medication ☐

آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد؟ خیر ☐ بلی (میزان ....لیتر در دقیقه) ☐ بطور دائم ☐ در صورت نیاز ☐
Oxygen Demand: No ☐ Yes(Rate of Flow .... Lit/Min) ☐ Continuous ☐ On Demand ☐

آیا بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد؟ خیر ☐ بلی (هماهنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است) ☐
Does the patient Needs Ambulance on Destination? No ☐ Yes(Coordination for Ambulance Should be done by the Patient) ☐

آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟ خیر ☐ بلی (هماهنگی جهت بستری بر عهده بیمار است) ☐
Does the patient Needs Hospitalization on Destination? No ☐ Yes(Coordination for Hospitalization Should be done by the Patient) ☐

پیشنهاد ها (تغذیه، دارو و ...):
Suggestions (Diet, Medication, ...)

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار گواهی مینمایم‌که‌مسافرفوق‌الذکررابررسی‌نموده‌وصلاحیت‌پزشکی‌او‌راجهت‌مسافرت‌هوایی‌تایید‌می‌نمایم.
It is Attending Physician of the Patient hereby certify that I have inspected the above-mentioned patient and acknowledge his/her medical competency for air travel.

تلفن تماس پزشک معالج: مهر و امضاء پزشک معالج:
Contact Phone of the Physician: Signature of the Attending Physician:

نظر پزشک هوایی / پزشک معتمد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار:
Considerations of the airline trustee Physician for carriage of the patient:

صلاحیت پزشکی مسافر مذکور را جهت مسافرت هوایی تایید می نمایم / نمی نمایم.
Hereby, I certify / do not certify aforementioned passenger medical competency.

تاریخ: مهر و امضاء پزشک معتمد شرکت:
Date: Sig. of airline trustee Physician:

– اعتبار این برگ پس از تأیید توسط پزشک فلای پرشیا ۴۸ ساعت می باشد.
-This form is valid for 48 hours after clearance of trustee Physician:

– مهمانداران هواپیما صرفاً دوره کمکهای اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق یا تجویز دارو و همچنین مراقبتهای خاص پزشکی نمی باشند.
-Cabin attendants are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITED to administer any injection or to give medication.

نسخه سر مهماندار پرواز

Form No: FPI-APS-0007