

**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.

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 e dal Cliente stesso.

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

Si informa che tutti i dati riportati sul modulo saranno trattati da Alitalia - Compagnia Aerea Italiana 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**

<b>A</b>	Cognome, nome, iniziali, sesso del Cliente						
<b>B</b>	Itinerario previsto: vettori, numeri dei voli, date, tratte, classi, stato della prenotazione dell'intero viaggio comprese le tratte inter-linea.				<b>N.B.:</b> comunicare al Cliente che il trasferimento da un volo ad un altro potrebbe richiedere un tempo di coincidenza più lungo.		
<b>C</b>	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"/>	DPNA <input type="checkbox"/>
		WCHS <input type="checkbox"/>	BLND <input type="checkbox"/>	BLND/DEAF <input type="checkbox"/>	STCR <input type="checkbox"/>	PREG <input type="checkbox"/>	
<b>D</b>	Necessità di barella a bordo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Compilare la sezione "E"		<b>N.B.:</b> comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta	
<b>E</b>	Necessità di Accompagnatore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Cognome, nome, iniziali, sesso, età dell'Accompagnatore		<b>N.B.:</b> chiedere al Cliente non vedente e/o non udente, o su sedia a rotelle, se ha il cane guida o cane d'assistenza (For USA only: emotional support dog)	
	perchè 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"/>
<b>F</b>	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"/>	<b>N.B.:</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
<b>G</b>	Necessità di ambulanza	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	È a cura della Compagnia:			<b>N.B.:</b> comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta
				NO <input type="checkbox"/>	contatto della Società che fornisce l'ambulanza		
				SI <input type="checkbox"/>	luogo / indirizzo del Cliente a destinazione finale		
<b>H</b>	Necessità di accordo per le altre forme di assistenza a terra		<b>Indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo:</b>				
	NO <input type="checkbox"/>		A - la Compagnia Aerea o altra Organizzazione che provvede a quanto richiesto				
	SI <input type="checkbox"/>		B - a carico di chi sono le spese				
<b>1</b>	Presso l'aeroporto di partenza		C - Contatto, indirizzo, recapiti telefonici quando necessari o tutte le volte che specifiche persone incontrano/assistono il Cliente				
<b>2</b>	Presso i punti di coincidenza						
<b>3</b>	Presso l'aeroporto di arrivo						
<b>4</b>	Altre richieste e/o informazioni						
<b>K</b>	Necessità di ulteriori servizi in volo (pasti speciali, attrezzature speciali, etc)		<b>Vedere/compilare le pagine 2-4 e indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo:</b>				
	NO <input type="checkbox"/>		A - le tratte relative alla richiesta				
	SI <input type="checkbox"/>		B - se ai servizi provvede la Compagnia Aerea o altri				
			C - a carico di chi sono le spese				
<b>L</b>	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			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	numero della FREMEC	Emessa da	Valida fino al	Età			
	Luogo	Data	Firma dell'Agente Alitalia				
Pag 1 - 2 per il File --- Pag 3 - 4 per il Cliente --- Pag 5 per il medico del Cliente							

MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE		RISERVATO
Da compilare a cura del MEDICO CURANTE	RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE. (Mettere un segno "X" nelle appropriate cartelle "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 - Compagnia Aerea Italiana 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. <p style="text-align: center;"><b>COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO O A MACCHINA</b></p>	Questo modulo deve essere restituito a:  (indirizzo Ufficio Alitalia - Compagnia Aerea Italiana S.p.A. emittente)
Codice di rif. della Comp. MEDA 01	COGNOME, NOME, SESSO, ETÀ DEL CLIENTE:	
MEDA 02	MEDICO CURANTE: Cognome, nome, indirizzo:	
MEDA 02	Contatto telefonico: Cellulare	Abitazione:
MEDA 03	DATI MEDICI: DIAGNOSI IN DETTAGLIO (comprese informazioni indispensabili)	
	Giorno/mese/anno:	
	dei primi sintomi:	dell'operazione:
	della diagnosi:	
MEDA 04	PROGNOSI per il viaggio:	
MEDA 05	Malattia infettiva 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 toiletta, ecc.)?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (Vedere nota x)      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 OXYG durante il volo? (Vedi nota xx)      NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → Litri per minuto → <input style="width: 50px;" 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)      (A) durante la sosta a TERRA negli aeroporti      NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Specificare: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
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	Il Cliente necessita di RICOVERO OSPEDALIERO? (Se si, indicare le azioni effettuate, e, in caso negativo indicare "NESSUNA AZIONE")      (A) durante una sosta prolungata notturna presso la LOCALITÀ DI COINCIDENZA lungo la rotta      NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Azione: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
MEDA 14	(B) all'arrivo a DESTINAZIONE      NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Azione: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
MEDA 15	Altre note o informazioni per un trasporto comodo o confortevole del Cliente?      NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Specificare: → (vedere nota xx) <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
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
<b>DICHIARAZIONE DEL CLIENTE</b> 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. Acconsento 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.

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 e dal Cliente stesso.

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

Si informa che tutti i dati riportati sul modulo saranno trattati da Alitalia - Compagnia Aerea Italiana 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

<b>A</b>	Cognome, nome, iniziali, sesso del Cliente						
<b>B</b>	Itinerario previsto: vettori, numeri dei voli, date, tratte, classi, stato della prenotazione dell'intero viaggio comprese le tratte inter-linea.				<b>N.B.:</b> comunicare al Cliente che il trasferimento da un volo ad un altro potrebbe richiedere un tempo di coincidenza più lungo.		
<b>C</b>	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"/>	DPNA <input type="checkbox"/>
		WCHS <input type="checkbox"/>	BLND <input type="checkbox"/>	BLND/DEAF <input type="checkbox"/>	STCR <input type="checkbox"/>	PREG <input type="checkbox"/>	
<b>D</b>	Necessità di barella a bordo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Compilare la sezione "E"		<b>N.B.:</b> comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta	
<b>E</b>	Necessità di Accompagnatore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Cognome, nome, iniziali, sesso, età dell'Accompagnatore		<b>N.B.:</b> chiedere al Cliente non vedente e/o non udente, o su sedia a rotelle, se ha il cane guida o cane d'assistenza (For USA only: emotional support dog)	
	perchè 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"/>
<b>F</b>	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"/>
							<b>N.B.:</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
<b>G</b>	Necessità di ambulanza	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	È a cura della Compagnia:			<b>N.B.:</b> comunicare al Cliente la tariffa se sconosciuta
				NO <input type="checkbox"/> contatto della Società che fornisce l'ambulanza			
				SI <input type="checkbox"/> luogo / indirizzo del Cliente a destinazione finale			
<b>H</b>	Necessità di accordo per le altre forme di assistenza a terra		<b>Indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo:</b>				
	NO <input type="checkbox"/>		A - la Compagnia Aerea o altra Organizzazione che provvede a quanto richiesto				
	SI <input type="checkbox"/>		B - a carico di chi sono le spese				
			C - Contatto, indirizzo, recapiti telefonici quando necessari o tutte le volte che specifiche persone incontrano/assistono il Cliente				
<b>1</b>	Presso l'aeroporto di partenza		NO <input type="checkbox"/>				
			SI <input type="checkbox"/>				
<b>2</b>	Presso i punti di coincidenza		NO <input type="checkbox"/>				
			SI <input type="checkbox"/>				
<b>3</b>	Presso l'aeroporto di arrivo		NO <input type="checkbox"/>				
			SI <input type="checkbox"/>				
<b>4</b>	Altre richieste e/o informazioni		NO <input type="checkbox"/>				
			SI <input type="checkbox"/>				
<b>K</b>	Necessità di ulteriori servizi in volo (pasti speciali, attrezzature speciali, etc)		<b>Vedere/compilare le pagine 2-4 e indicare nelle righe sottostanti per singolo accordo:</b>				
	NO <input type="checkbox"/>		A - le tratte relative alla richiesta				
	SI <input type="checkbox"/>		B - se ai servizi provvede la Compagnia Aerea o altri				
			C - a carico di chi sono le spese				
<b>L</b>	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			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	numero della FREMEC	Emessa da	Valida fino al	Età			
	Luogo	Data	Firma dell'Agente Alitalia				
Pag 1 - 2 per il File --- Pag 3 - 4 per il Cliente --- Pag 5 per il medico del Cliente							

MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE		RISERVATO
Da compilare a cura del MEDICO CURANTE	RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE. (Mettere un segno "X" nelle appropriate cartelle "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 - Compagnia Aerea Italiana 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. <p style="text-align: center;"><b>COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO O A MACCHINA</b></p>	Questo modulo deve essere restituito a:  (indirizzo Ufficio Alitalia - Compagnia Aerea Italiana S.p.A. emittente)
Codice di rif. della Comp. MEDA 01	COGNOME, NOME, SESSO, ETÀ DEL CLIENTE:	
MEDA 02	MEDICO CURANTE: Cognome, nome, indirizzo:	
MEDA 02	Contatto telefonico: Cellulare	Abitazione:
MEDA 03	DATI MEDICI: DIAGNOSI IN DETTAGLIO (comprese informazioni indispensabili)	
	Giorno/mese/anno:	
	dei primi sintomi:	dell'operazione:
	della diagnosi:	
MEDA 04	PROGNOSI per il viaggio:	
MEDA 05	Malattia infettiva 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 OXYG durante il volo? (Vedi nota xx) (Se si, specificare la velocità del flusso)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → Litri per minuto → <input style="width: 40px;" 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.?	(A) durante la sosta a TERRA negli aeroporti NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Specificare: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
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	Il Cliente necessita di RICOVERO OSPEDALIERO? (Se si, indicare le azioni effettuate, e, in caso negativo indicare "NESSUNA AZIONE")	(A) durante una sosta prolungata notturna presso la LOCALITÀ DI COINCIDENZA lungo la rotta NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Azione: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
MEDA 14	(B) all'arrivo a DESTINAZIONE	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Azione: → <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
MEDA 15	Altre note o informazioni per un trasporto comodo o confortevole del Cliente?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Specificare: → (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.		
Acconsento 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

ALLEGATO  
alla Pag. 2  
da consegnare al  
MEDICO CURANTE

## MODULO DI INFORMAZIONI SANITARIE PER VIAGGI AEREI

### Controindicazioni Cliniche al trasporto con Aereo di Linea di Clienti che richiedono una assistenza speciale

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 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, a tale quota la pressione parziale dell'ossigeno subisce una riduzione del 25-30% (ipossia relativa).

Tale situazione può essere avvertita e determinare turbe nel passeggero che abbia compromessi i meccanismi di adattamento.

La depressione nella cabina induce una dilatazione di gas contenuti nella 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'involò, 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 immissioni di gas, come per esempio 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 necessitano 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 di recentemente da poliomielite purché siano trascorsi almeno 30 giorni dall'episodio acuto della malattia.  
Qualsiasi stadio di poliomielite bulbare.
- 8) siano affetti da tumori di grandi dimensioni nella 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) passeggero 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.