



فرم اطلاعات پزشکی

Contact Phone : شماره تلفن :	Destination: مقصد :	SEX : جنسیت F <input type="checkbox"/> زن M <input type="checkbox"/> مرد	Age سن	Name & family name نام و نام خانوادگی :
Brief Diagnosis Date	خلاصه وضعیت آخرین تشخیص تاریخ تشخیص			
Contagious and Communicable Disease? بیماری سرایت پذیر و مسری است؟؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیحات : Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Remarks				
In the patient's condition likely to be a source of discomfort to other passengers (color, appearance, conduct) آیا حضور بیمار برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی میکند؟ (بو، وضع ظاهری، رفتار و...) : ( ) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Remarks				
بیمار چگونه به هواپیما منتقل میشود؟ معمولی <input type="checkbox"/> از طریق بالابر <input type="checkbox"/> صندلی چرخ دار <input type="checkbox"/> برانکارد <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Elevator <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Airplane: the to Transferring				
بیمار چگونه در هواپیما استقرار می یابد؟ صندلی معمولی (امکان قرار گرفتن پشتی صندلی در حالت قائم) <input type="checkbox"/> استفاده از صندلی اضافه <input type="checkbox"/> استفاده از تخت <input type="checkbox"/> Position Of the patient Onboard? Regular seat <input type="checkbox"/> Extra Seat <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/>				
بیمار در طول پرواز به مراقبت نیاز دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> همراه عادی <input type="checkbox"/> کنترل علائم حیاتی <input type="checkbox"/> دارو درمانی <input type="checkbox"/> Does the patient Needs Special Care Onboard? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Normal attendant <input type="checkbox"/> Control of vital sign <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی (میزان ....لیتر در دقیقه) <input type="checkbox"/> بطور دائم <input type="checkbox"/> در صورت نیاز <input type="checkbox"/> Oxygen Demand: No <input type="checkbox"/> Yes ( Rate of Flow ... Lit/Min) <input type="checkbox"/> Continuous <input type="checkbox"/> On Demand <input type="checkbox"/>				
بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است) <input type="checkbox"/> Does the patient Needs Ambulance on Destination? No <input type="checkbox"/> Yes (Coordination for Ambulance should be done by the patient) <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار در مقصد در بیمارستان بستری می گردد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است) <input type="checkbox"/> Does the patient Needs Hospitalization on Destination? No <input type="checkbox"/> Yes (Coordination for Hospitalization should be done by the patient) <input type="checkbox"/>				
پیشنهاد ها (تغذیه ، دارو و...): Suggestions ( Diet, Medivation,...) :				
اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار مسئولیت اطلاعات پزشکی فوق را بر عهده میگیرم . It is <input type="checkbox"/> Accept the responsibility of the above mentioned information مهر و امضا پزشک معالج : Condition Phone of the physician Signature of the Attending physician:				
اظهار نظر پزشک هوایی / پزشک معتمد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار : Considerations of the airline trustee physician for carriage of the patient: مهر و امضا پزشک : Sig. of airline trusteeb physician Date :				
- مدت اعتبار این فرم در پروازهای داخلی حداکثر تا ۴۸ ساعت و پروازهای خارجی حداکثر تا ۷۲ ساعت میباشد. The validity of this form after the approval of Pars Air physician (doctor) is 48 hours in domestic flights and 72 hours in international flights at most. - مهمانداران هواپیما صرفاً دوره ی کمک های اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق یا تجویز دارو و همچنین مراقبت های خاص پزشکی نمیشوند				
Cabin attendants are trained only FIRST AID and are NOT PERMITTED of administer any injection or to give medication.				