

**ООО «МЕДАЭРО-СЕРВИС»**

107564 Россия г. Москва ул. Смирновская д., 25
строение 16. Лицензия на медицинскую деятельность:
Серия ЛО:0003388№ЛО-77-01-005628 от 10 января
2013г. Выдана департаментом здравоохранения города
Москвы.

+7 (495) 363-17-09[medaero@medaero-
servis.ru](mailto:medaero@medaero-servis.ru)www.medaero-servis.ru**FIT TO FLY****Медицинская эвакуационная форма**

Заполняется лечащим врачом

Note:

Необходимо ответить на все вопросы. Поставьте «х» в подходящем «да» или «нет» окне, подчеркните и/или укажите корректный краткий ответ. Используйте печатные буквы.

Пожалуйста, предоставьте заполненную форму ООО "Медаэро-Сервис". Спасибо за сотрудничество.

1. ПациентДата рождения _____ Пол: М Ж **2. Диагноз**_____

Дата установки _____ Дата выписки _____

Операции, относящиеся к данному случаю: _____

3. Клиника t _____ С⁰, АД _____ mmHg, ЧП _____ в мин, ЧД _____ в мин,

Сатурация _____ %, Уровень сознания _____

4. Способ доставки в аэропорт Скорая помощь Такси **5. Контагиозное заболевание?** Нет Да **6. Пациенту разрешен перелет** Да Нет

Наиболее ранняя дата перелета: _____

7. Перелет разрешен н Регулярный рейс Санитарная авиация

первый класс бизнес класс экономический класс любой класс

Другой тип (пожалуйста укажите)**8. Положение во время полета** Носилки Место повышенного комфорта Сидя Дополнительное место **9. Сопровождение** Без сопровождения Семья Врач Медсестра **10. Медицинское оборудование** Да Нет Кислород _____ л/мин Периодически Постоянно Другое: аппарат ИВЛ, аспиратор, кислородный концентратор, монитор, вакуумный матрац,
кислородный баллон, шприцевой дозатор, медицинская укладка**11. Медикаментозные назначения (включая дозы):** _____**12. Необходима ли профилактика тромбоза глубоких вен** Да Нет **13. Пожалуйста, укажите дополнительные рекомендации** _____**14. Способ доставки из аэропорта** Скорая помощь Такси **15. Транспортировка после перелета** Домой Госпиталь

Подпись лечащего врача _____ Дата: _____

Контактный телефон врача _____