



FREMEC

PARTE 1 DE 2

FORMULÁRIO PARA CADASTRO NO SISTEMA FREMEC TAM

Responda **TODAS** as questões - coloque 'xis' (x) em 'Sim ou Não'
Use **LETRA DE FORMA** ou **DIGITAÇÃO** para completar esta folha

NOME/INICIAIS/TÍTULO:				
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:
ENDEREÇO COMPLETO:				Número:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	
MÉDICO RESPONSÁVEL:	ENDEREÇO:			
TEL/FAX:	E-MAIL:			
POSSUI PLANO MÉDICO OU SEGURO QUE CUBRA GASTOS COM SAÚDE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>				
PROVEDOR	Nº BENEFICIÁRIO/APÓLICE		VENCIMENTO	
NATUREZA DA INCAPACIDADE OU DOENÇA: (faça uma descrição detalhada, incluindo um breve relato clínico da atual incapacidade/doença, episódios ou acidentes e tratamento)				
DATA DA CIRURGIA E/OU DIAGNÓSTICO:	INCAPACIDADE / DEFICIÊNCIA ESTÁVEL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DESDE QUANDO:		
INCAPACIDADE / DEFICIÊNCIA: LEVE <input type="checkbox"/> MODERADA <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/>				
COMORBIDADES ASSOCIADAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		QUAIS? (FAVOR ESPECIFICAR):		
UMA REDUÇÃO DE 25% A 30% DA PRESSÃO PARCIAL DE OXIGÊNIO DO AMBIENTE (hipóxia relativa) AFETARÁ A CONDIÇÃO CLÍNICA DO PASSAGEIRO?: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO TENHO CERTEZA <input type="checkbox"/>				
INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS:				
ANEMIA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ÚLTIMO Hb:	CONDIÇÕES PSIQUIÁTRICAS (SE SIM, VERIFIQUE A PARTE 2): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CARDIOPATIAS (SE SIM, VERIFIQUE A PARTE 2): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
CONTROLE VESICAL NORMAL?(SE NÃO, FORNEÇA O CONTROLE UTILIZADO): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> CONTROLE:	CONTROLE INTESTINAL NORMAL?(SE NÃO, FORNEÇA O CONTROLE UTILIZADO): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> CONTROLE:	DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS (SE SIM, VERIFIQUE A PARTE 2): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
O PACIENTE FAZ USO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR?(SE SIM, ESPECIFIQUE): SIM <input type="checkbox"/> DETALHE: NÃO <input type="checkbox"/>	OXIGÊNIO É NECESSÁRIO DURANTE O VÔO?: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SE SIM: 2 LT / MIN <input type="checkbox"/> 4 LT / MIN <input type="checkbox"/>	OUTRO: _____
EPILEPSIA (SE SIM, VERIFIQUE A PARTE 2): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL (SE SIM, APRESENTAR RELATÓRIO OFTALMOLÓGICO): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	NECESSITA DE CÃO GUIA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
DEFICIÊNCIA AUDITIVA (SE SIM, APRESENTAR RELATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGISTA): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CONHECE A LINGUAGEM BRASILEIRA DE SINAIS-LIBRAS?: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
O PACIENTE É CAPAZ DE VIAJAR DESACOMPANHADO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		O PACIENTE É CAPAZ DE USAR O ASSENTO DA AERONAVE NA POSIÇÃO VERTICAL QUANDO NECESSÁRIO? (SE NÃO, ESPECIFIQUE A AJUDA NECESSÁRIA): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:		
O PACIENTE NECESSITA DE UM ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO PARA ATENDÊ-LO? : SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SE SIM, QUAL PROFISSIONAL: MÉDICO <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> PARAMÉDICO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		
O PACIENTE É CAPAZ DE ANDAR SEM ASSISTÊNCIA? SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		NECESSITA DE CADEIRA DE RODAS? (VIDE ESPECIFICAÇÃO ABAIXO): SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:		
WCHR - NECESSITAM DE ASSISTÊNCIA NO TERMINAL PARA/DO PORTÃO, COM O USO DE CADEIRA DE RODAS OU SIMILAR QUANDO OS PASSAGEIROS ESTÃO EMBARCANDO/DESEMBARCANDO PELA RAMPA DE ACESSO. NÃO REQUEREM ASSISTÊNCIA PARA SUBIR E DESER RAMPAS DO ÔNIBUS E/OU DEGRAUS NO ACESSO DA AERONAVE, SENTAR OU LEVANTAR DO ASSENTO DE CABINE, TOALETE E ALIMENTAÇÃO.				
WCHS - INCAPAZES DE UTILIZAREM A RAMPA DO ÔNIBUS E REQUEREM ASSISTÊNCIA NO EMBARQUE E DESEMBARQUE (COMO POR EXEMPLO, DEGRAUS DE ACESSO PARA PASSAGEIROS). NÃO REQUEREM ASSISTÊNCIA PARA SENTAR OU LEVANTAR DO ASSENTO DE CABINE, TOALETE E ALIMENTAÇÃO.				
WCHC - REQUEREM TODA A ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE SENTAR OU LEVANTAR DO ASSENTO DE CABINE, TOALETE E, POSSIVELMENTE, ALIMENTAÇÃO.				
D MEDICAMENTOS EM USO (INCLUIR DOSAGEM):				
E OUTRAS INFORMAÇÕES MÉDICAS:				

A

B

C

D

E



FREMEC

PARTE 2 DE 2

FORMULÁRIO PARA CADASTRO NO SISTEMA FREMEC TAM

Responda **TODAS** as questões - coloque 'xis' (x) em 'Sim ou Não'
Use **LETRA DE FORMA** ou **DIGITAÇÃO** para completar esta folha

F	ANGINA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUANDO FOI O ÚLTIMO EPISÓDIO ANGINOSO? ____/____/____	A CONDIÇÃO É ESTÁVEL? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
	CLASSE FUNCIONAL: SEM SINTOMAS <input type="checkbox"/> ANGINA AOS MODERADOS ESFORÇOS <input type="checkbox"/> ANGINA AOS MÍNIMOS ESFORÇOS <input type="checkbox"/> ANGINA EM REPOUSO <input type="checkbox"/>		O PACIENTE CONSEGUE ANDAR NORMALMENTE POR 100 MTS OU SUBIR 10-12 LANCES DE ESCADA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
	INFARTO DO MIOCÁRDIO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DATA DO INFARTO: ____/____/____	COMPLICAÇÕES? (SE SIM, FAVOR DETALHAR): SIM <input type="checkbox"/> DETALHE: NÃO <input type="checkbox"/>	
	ECG DE STRESS: SIM <input type="checkbox"/> RESULTADO: NÃO <input type="checkbox"/>	ANGIOPLASTIA OU BYPASS DE CORONÁRIAS?: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	O PACIENTE CONSEGUE ANDAR NORMALMENTE POR 100 MTS OU SUBIR 10-12 LANCES DE ESCADA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	O PACIENTE ESTÁ CONTROLADO COM MEDICAÇÃO? SIM <input type="checkbox"/> QUAL(S): NÃO <input type="checkbox"/>	CLASSE FUNCIONAL: SEM SINTOMAS <input type="checkbox"/> OFEGANTE AOS MÍNIMOS ESFORÇOS <input type="checkbox"/> OFEGANTE AOS MODERADOS ESFORÇOS <input type="checkbox"/> OFEGANTE EM REPOUSO <input type="checkbox"/>	
SÍNCOPE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUANDO FOI O ÚLTIMO EPISÓDIO? ____/____/____	INVESTIGAÇÕES (SE SIM, FAVOR DETALHAR): SIM <input type="checkbox"/> DETALHE: NÃO <input type="checkbox"/>		
G	DOENÇA PULMONAR CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	O PACIENTE TEM ALGUMA GASOMETRIA RECENTE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	AMOSTRA FOI COLHIDA: EM AR AMBIENTE <input type="checkbox"/> EM OXIGENOTERAPIA (L/min) <input type="checkbox"/>	QUAIS FORAM OS RESULTADOS? Data: ____/____/____ pH: pCO2: pO2: SATURAÇÃO:
	O PACIENTE É RETENTOR DE CO2? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	A CONDIÇÃO DELE (A) PIOROU RECENTEMENTE?: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	O PACIENTE CONSEGUE ANDAR NORMALMENTE POR 100 MTS OU SUBIR 10-12 LANCES DE ESCADA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
	O PACIENTE JÁ REALIZOU VIAGENS AÉREAS EM SUA ATUAL CONDIÇÃO CLÍNICA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SE SIM, QUANDO? ____/____/____	O PACIENTE TEVE ALGUM PROBLEMA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
H	DOENÇA PSIQUIÁTRICA? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CONTROLADO POR MEDICAÇÕES? SIM <input type="checkbox"/> QUAL(S): NÃO <input type="checkbox"/>	EXISTE ALGUMA POSSIBILIDADE DO PACIENTE FICAR AGITADO DURANTE O VÔO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
	O PACIENTE JÁ REALIZOU VIAGENS AÉREAS ANTES? (SE SIM, FAVOR ESPECIFICAR DATA): SIM <input type="checkbox"/> Data: ____/____/____ NÃO <input type="checkbox"/>		O PACIENTE VIAJOU? SOZINHO <input type="checkbox"/> ACOMPANHADO <input type="checkbox"/>	
I	EPILEPSIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	TIPO DE EPILEPSIA:	FREQUÊNCIA DOS EPISÓDIOS:	
	QUANDO FOI O ÚLTIMO EPISÓDIO?	CONTROLADO POR MEDICAÇÕES? SIM <input type="checkbox"/> QUAL(S): NÃO <input type="checkbox"/>		
J	PROGNÓSTICO PARA A VIAGEM BOM <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/>			
K	POR FAVOR, ESPECIFIQUE SE AS CONDIÇÕES ACIMA RELATADAS IRÃO, PRESUMIDAMENTE, PERMANECER SEM ALTERAÇÕES PELOS PRÓXIMOS 3 (TRÊS) MESES SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
L	LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	