

विशेष सहायता के इच्छुक यात्रियों के लिए सूचना-पत्र
Information Sheet For Passengers Requiring Special Assistance

1. नाम / प्रथम नाम / उपनाम :
 Name/First name/Title _____
2. यात्री नाम रिकॉर्ड (पीएनआर) :
 Passenger name record (PNR) _____
3. प्रस्तावित यात्राक्रम :
 Proposed itinerary _____
 एअरलाइन(नें), उड़ान संख्या :
 Airline(s), flight number(s) _____
 श्रेणी(श्रेणियां), तारीख(खें), सेगमेंट :
 Class(es), date(s), segment(s) _____
4. अपंगता का स्वरूप Nature of disability _____
5. क्या विमान पर स्ट्रेचर की आवश्यकता है ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
 Stretcher needed on board
6. अभिप्रेत एस्कॉर्ट Intended escorts : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 नाम Name : _____ उपनाम Title : _____ आयु Age : _____
 पीएनआर, यदि भिन्न है PNR if different : _____
 चिकित्सा अर्हता Medical qualification : हां Yes ☐ नहीं No ☐ बोलचाल की भाषा Language spoken _____
7. व्हीलचेयर की आवश्यकता Wheelchair needed : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 व्हीलचेयर श्रेणियां : डबल्यूसीएचआर ☐ डबल्यूसीएचएस ☐ डबल्यूसीएचसी ☐ निजी व्हीलचेयर हां Yes ☐ नहीं No ☐
 Wheelchair categories WCHR WCHS WCHC Own wheelchair
 कोलेप्सिबल डबल्यूसीओबी Collapsible WCOB : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 व्हीलचेयर का प्रकार Wheelchair Type : डबल्यूसीबीडी WCBDD ☐ डबल्यूसीबीडबल्यू WCBWD ☐ डबल्यूसीएमपी WCMP ☐
8. क्या एम्ब्यूलेंस की ज़रूरत है (एअरलाइन द्वारा व्यवस्था की जाए) : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 Ambulance needed (to be arranged by the Airline)
 यदि हां, गंतव्य स्थान का पता लिखें : _____
 If yes, specify destination address _____
 यदि नहीं, एम्ब्यूलेंस कंपनी का संपर्क नं. लिखें : _____
 If no, specify ambulance company contact _____

9. मिलें तथा सहायता करें Meet and assist : हां Yes ☐ नहीं No ☐
यदि व्यक्ति मनोनीत है, तो संपर्क नं. लिखें
If designated person, specify contact : _____
10. अन्य अपेक्षित स्थल व्यवस्थाएं Other ground arrangements needed : हां Yes ☐ नहीं No ☐
यदि हां, निर्दिष्ट करें If yes, specify : _____
प्रस्थान एअरपोर्ट Departure airport : _____
ट्रांजिट एअरपोर्ट Transit airport : _____
आगमन एअरपोर्ट Arrival airport : _____
11. उड़ान के दौरान अपेक्षित विशेष व्यवस्थाएं Special inflight arrangements needed : हां Yes ☐ नहीं No ☐
यदि हां, व्यवस्था के प्रकार का उल्लेख करें (यथा विशेष भोजन, अतिरिक्त सीट, लेग रेस्ट, बैठने की विशेष सुविधा)
If yes, specify type of arrangements (special meal, extra seat, leg rest, special seating) : _____
उपस्कर का उल्लेख करें (रेस्परेटर, इनक्यूबेटर, ऑक्सीजन आदि)
Specify equipment (respirator, incubator, oxygen, etc) : _____
व्यवस्था करने वाली कंपनी के नाम व जिसके व्यय पर की जानी है, उनका उल्लेख करें
Specify arranging company and at whose expense : _____
12. फ्रिक्वेंट यात्री चिकित्सा कार्ड (फ्रेमेक) Frequent traveller medical card (FREMEC) : हां Yes ☐ नहीं No ☐
यदि हां, फ्रेमेक नंबर, जारीकर्ता, समाप्ति की तारीख का उल्लेख करें :
If yes, specify FREMEC number, issued by, expiry date : _____

चिकित्सा वृत्तीयरेंस की आवश्यकता वाले यात्रियों के लिए सूचना-पत्र (उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा पूरी तरह से भरा या प्राप्त किया जाए)
Information Sheet For Passengers Requiring Medical Clearance (to be completed or obtained from the attending physician)

- मरीज का नाम Patient's name :** _____
जन्म तारीख Date of Birth : _____ लिंग Sex : _____ ऊंचाई Height : _____ वजन Weight : _____
- उपचार करने वाला चिकित्सक Attending physician :** _____
ई-मेल E-Mail : _____
टेलीफोन (मोबाइल नं. देना बेहतर होगा), देश तथा क्षेत्र कोड सूचित करें
Telephone (Mobile No. preferred), indicate country and area code : _____ फैक्स नं. FAX No. _____
- निदान (विद्यमान बीमारी, एपिसोड अथवा दुर्घटना एवं उपचार की तारीख सहित, यदि सांसर्गिक है, तो उल्लेख करें)**
Diagnosis (Including date of onset of current illness, episode or accident and treatment, specify if contagious)

हाल ही में हुई तथा / अथवा संबंधित शल्य-चिकित्सा का स्वरूप एवं तारीख _____
Nature and date of any recent and/or relevant surgery _____
- विद्यमान लक्षण तथा गंभीरता Current symptoms and severity :** _____
- क्या ऑक्सीजन के परिवेशी आंशिक दबाव (संबंधित हाइपोक्सिया) में 25% से 30% की कमी यात्री की चिकित्सा स्थिति को प्रभावित करेगी ?**
(केबिन दबाव समुद्र तल से 2400 मीटर (8000 फीट) की ऊंची पहाड़ी तक शीघ्रता से जाकर आने के समान होना चाहिए)
Will a 25% to 30% reduction in the ambient partial pressure of oxygen (relative hypoxia) affect the passengers medical condition? (Cabin pressure to be the equivalent of a fast trip to a mountain elevation of 2400 meters (8000 feet) above sea level) :
हाँ Yes ☐ नहीं No ☐ निश्चित नहीं Not Sure ☐
- अतिरिक्त चिकित्सीय जानकारी Additional clinical Information**

क a. एनीमिया Anemia	हाँ Yes ☐ नहीं No ☐	यदि हां, तो हाल ही का हेमोग्लोबिन निष्कर्ष ग्राम में दें If yes, give recent result in grams of hemoglobin : _____
ख b. मनोचिकित्सीय तथा दौरों की व्याधि Psychiatric and seizure disorder	हाँ Yes ☐ नहीं No ☐	यदि हां, तो भाग 2 देखें. If yes, see part 2
ग c. हृदय स्थिति Cardiac condition	हाँ Yes ☐ नहीं No ☐	यदि हां, तो भाग 2 देखें If yes, see part 2
घ d. सामान्य मूत्राशय नियंत्रण Normal bladder control	हाँ Yes ☐ नहीं No ☐	यदि नहीं, तो नियंत्रण का प्रकार दें If no, give mode of control : _____
ङ e. सामान्य बाउल नियंत्रण Normal bowel control	हाँ Yes ☐ नहीं No ☐	
च f. रेस्परेटरी स्थिति	हाँ Yes ☐ नहीं No ☐	यदि हां, तो भाग 2 देखें.

Respiratory condition

If yes, see part 2

छ g. क्या मरीज घर पर ऑक्सीजन का प्रयोग करता है?
Does the patient use oxygen at home?

हां Yes ☐ नहीं No ☐

यदि हां, तो मात्रा का उल्लेख करें
If yes, Specify how much : _____

ज h. क्या उड़ान में ऑक्सीजन की आवश्यकता है?
Oxygen needed in flight?

हां Yes ☐

नहीं No ☐

यदि हां, तो उल्लेख करें If yes, Specify :

2एलपीएम 2LPM ☐

4एलपीएम 4LPM ☐

अन्य Other ☐

7. **एस्कॉर्ट Escort**

क a. क्या यात्री अकेले यात्रा करने के लिए स्वस्थ है ?
Is the patient fit to travel unaccompanied?

हां Yes ☐

नहीं No ☐

ख b. यदि नहीं, तो क्या (विमान में चढ़ने तथा उतरने के लिए एअरलाइन द्वारा उपलब्ध) "मिलें एवं सहायता करें" पर्याप्त होगा ?
If no, would a meet-and-assist (provided by the airline to embark and disembark) be sufficient?

हां Yes ☐

नहीं No ☐

ग c. यदि नहीं, तो क्या मरीज के साथ विमान में उसकी आवश्यकताओं का ध्यान रखने के लिए निजी एस्कॉर्ट होगा ?
If no, will the patient have a private escort to take care of his/her needs onboard?

हां Yes ☐

नहीं No ☐

घ d. यदि हां, तो यात्री को किसके द्वारा एस्कॉर्ट किया जाएगा ?
If yes, who should escort the passenger?

डॉक्टर Doctor ☐

परिचारिका Nurse ☐

अन्य Other ☐

ङ e. यदि अन्य है, तो क्या उपर्युक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए एस्कॉर्ट पूरी तरह से सक्षम है ?
If other, is the escort fully capable to attend to all the above needs?

हां Yes ☐

नहीं No ☐

8. **चतने-फिरने की क्षमता Mobility**

क a. बिना सहायता के चलने में समर्थ है.
Able to walk without assistance

हां Yes ☐

नहीं No ☐

ख b. बोर्डिंग के लिए व्हीलचेयर की जरूरत
Wheelchair required for boarding

विमान तक to aircraft ☐

सीट तक to seat ☐

9. **औषधि सूची Medication list** _____

10. **अन्य चिकित्सा जानकारी Other medical information** _____

चिकित्सा क्लीयरेंस की आवश्यकता वाले यात्रियों के लिए सूचना-पत्र (उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरा या प्राप्त किया जाए)
Information Sheet for passengers Requiring Medical Clearance (to be completed or obtained from the attending physician)

1. कार्डियक स्थिति Cardiac condition

क a. एंजाइना Angina

- * क्या स्थिति स्थिर है ? : हां Yes ☐ नहीं No ☐ पिछला एपिसोड कब हुआ था ?
 * Is the condition stable? When was last episode? _____
- * मरीज का फंक्शनल क्लास : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 * Functional class of the patient?
- कोई लक्षण नहीं No symptoms ☐ अधिक परिश्रम से एंजाइना Angina with important efforts ☐
 हल्के प्रयासों से एंजाइना Angina with light efforts ☐ विश्राम के समय एंजाइना Angina at rest ☐
- * क्या मरीज सामान्य गति से 100 मीटर तक चल सकता है अथवा 10-12 सीढ़ियां बिना किसी परेशानी चढ़ सकता है ? : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 * Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10-12 stairs without symptoms?

- ख b. मायोकार्डियल इन्फार्क्शन Myocardial infarction :** हां Yes ☐ नहीं No ☐ तारीख Date _____
- * कॉम्प्लिकेशन? Complication? : हां Yes ☐ नहीं No ☐ यदि हां, तो विवरण दें If yes, give details _____
- * स्ट्रेस ईकेजी किया है? Stress EKG done? : हां Yes ☐ नहीं No ☐ यदि हां, परिणाम क्या था? _____ मेड.ज
 If yes, what was the result? _____
- * यदि एंजियोप्लास्टी अथवा कोरोनरी बायपास किया है, तो क्या मरीज सामान्य गति से 100 मीटर तक चल सकता है अथवा 10-12 सीढ़ियां बिना किसी परेशानी चढ़ सकता है ? : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 * If angioplasty or coronary bypass, Can the patient walk 100 metres at a normal pace or climb 10-12 stairs without symptoms?

- ग c. कार्डियक फेल्युअर Cardiac failure :** हां Yes ☐ नहीं No ☐ पिछला एपिसोड कब हुआ था ?
 When was last episode? _____
- * क्या औषधि से मरीज नियंत्रित है ? : हां Yes ☐ नहीं No ☐
 * Is the patient controlled with medication?
- * मरीज का फंक्शनल क्लास ?
 * Functional class of the patient?
- कोई लक्षण नहीं ☐ अधिक परिश्रम से सांस फूलना ☐ हल्के परिश्रम से सांस फूलना ☐
 No symptoms Shortness of breath with important efforts Shortness of breath with light efforts
- आराम के समय सांस फूलना ☐
 Shortness of breath at rest

- घ d. सिनकोप Syncope** हां Yes ☐ नहीं No ☐ पिछला एपिसोड Last episode _____
- जांच? Investigation? हां Yes ☐ नहीं No ☐ यदि हां, परिणाम सूचित करें If yes, state results _____

2. दीर्घकालिक फुफ्फुसीय स्थिति Chronic pulmonary condition हां Yes ☐ नहीं No ☐

- क a. क्या मरीज को हाल ही में अर्टिरियल गैसेस हुई थी ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Has the patient had recent arterial gases
- ख b. ब्लड गैसेस कैसे लिए गए थे : रूम एअर Room air ☐ ऑक्सीजन Oxygen ☐ एलपीएम LPM ☐
Blood gases were taken on
- यदि हां, तो परिणाम क्या थे ? If yes, what were the results?: पीसीओ₂ Pco₂ ☐ पीओ₂ Po₂ ☐
सैचुरेशन Saturation _____ जांच की तारीख Date of exam _____
- ग c. क्या मरीज सीओ₂ रिटेन करता है ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Does the Patient retain co₂?
- घ d. क्या हाल ही में उसकी स्थिति बिगड़ी है ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Has his/her condition deteriorated recently?
- ङ e. क्या मरीज सामान्य गति से 100 मीटर तक चल सकता है अथवा बिना किसी परेशानी 10-12 सीढ़ियां चढ़ सकता है ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Can the patient walk 100 metres at a normal pace or climb 10-12 stairs without symptoms?
- च f. क्या इस स्थिति में मरीज ने कभी वाणिज्यिक विमान से यात्रा की है ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Has the patient ever taken a commercial aircraft in these same condition?
* यदि हां, तो कब ? If yes, when? _____
* क्या मरीज को कोई तकलीफ हुई थी ? Did the patient have any problems? _____
3. मनोचिकित्सीय स्थिति Psychiatric conditions : हां Yes ☐ नहीं No ☐
- क a. क्या उड़ान के दौरान मरीज के उपद्रवी होने की संभावना है ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Is there a possibility that the patient will become agitated during flight
- ख b. क्या उसने इससे पूर्व वाणिज्यिक विमान से यात्रा की है ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Has he/she taken a commercial aircraft before
* यदि हां, तो यात्रा की तारीख ? क्या मरीज ने यात्रा की? अकेले ☐ एस्कॉर्ट के साथ? ☐
* If yes, date of travel? _____ Did the patient travel? alone escorted?
4. बौरा पड़ना Seizure : हां Yes ☐ नहीं No ☐
- क a. किस प्रकार के दौरे
What type of seizures? _____
- ख b. दौरों की बारंबारता
Frequency of the seizures _____
- ग c. पिछला दौरा कब पड़ा था ?
When was the last seizure? _____
- ङ d. क्या औषधि से बीमारी के दौरे नियंत्रित हो जाते हैं ? हां Yes ☐ नहीं No ☐
Are the seizures controlled by medication ?
5. यात्रा के लिए मरीज के स्वास्थ्य का पूर्वानुमान : ठीक ☐ ठीक नहीं ☐
Prognosis for the trip Good Poor

चिकित्सक के हस्ताक्षर

Physician Signature _____

तारीख

Date _____

नोट : केबिन परिचारक अन्य यात्रियों को दी जाने वाली उनकी सेवाओं के अहित में किसी विशिष्ट यात्री को विशेष सहायता (उदा. उठाना) प्रदान करने के लिए प्राधिकृत नहीं है।

Note: Cabin attendants are not authorized to give special assistance (e.g. lifting) to particular passengers, to the detriment of their service to other passengers.

इसके अलावा, वे केवल प्रथमोपचार के लिए प्रशिक्षित हैं तथा कोई इंजेक्शन अथवा औषधि देने की उन्हें अनुमति नहीं है।

Additionally, they are trained only in first aid and are not permitted to administer any injection, or to give medication.

महत्वपूर्ण : उपर्युक्त जानकारी तथा वाहक द्वारा उपलब्ध कराए गए विशेष उपस्कर के प्रावधान से सुसंगत यदि कोई शुल्क हो, तो उसका भुगतान संबंधित यात्री द्वारा किया जाएगा.

Important: Fees, if any, relevant to the provision of the above information and for carrier-provided special equipment are to be paid by the passenger concerned.

यात्री का घोषणा-पत्र

(जहां आवश्यकता हो इसे यात्री द्वारा पढ़ा जाए या उसे पढ़ कर सुनाया जाए और उस पर यात्री अथवा पढ़कर सुनाने वाले व्यक्ति द्वारा तारीख सहित हस्ताक्षर किए जाएं।)

PASSENGER'S DECLARATION

(Where needed to be read by/to the passenger, dated and signed by him/her, or on his/her behalf.)

मैं, एतद्वारा, मेरे द्वारा चुने गए चिकित्सक को मेरे स्वास्थ्य की स्थिति पर उसके व्यावसायिक विवेकानुसार एअरलाइनों के चिकित्सा विभागों को मेरे स्वास्थ्य की स्थिति पर ऐसे विवरण को उस सीमा तक प्रकट करने की अनुमति देता/देती हूँ, जितनी कि हवाई यात्रा के लिए मेरी चिकित्सा स्वस्थता पर एअरलाइनों को निर्णय लेने के लिए आवश्यक हो। ऐसे चिकित्सक के शुल्क का भुगतान मेरे द्वारा किया जाएगा एवं ऐसे चिकित्सा विभागों के निर्णयों को मैं अंतिम रूप से स्वीकार करूंगा/करूंगी। यदि परिवहन के लिए स्वीकार किया गया तो अद्योहस्ताक्षरी एतद्वारा संबंधित एअरलाइनों, उनके प्रतिनिधियों तथा एजेंटों को हवाई मार्ग से परिवहन के परिणामस्वरूप उसकी तबियत बिगड़ने के संबंध में होने वाले नुकसान के सभी दावों के लिए उत्तरदायी नहीं ठहराया। विधिक विवाद के मामले में अद्योहस्ताक्षरी को साबित करना होगा कि होने वाला ऐसा नुकसान पूर्णतः अथवा आंशिक रूप से उसकी शारीरिक, मानसिक अथवा चिकित्सा स्थिति के कारण नहीं हुआ है। इसके अलावा अद्योहस्ताक्षरी, सभी अतिरिक्त लागतों का भुगतान करने की भी सहमति देता/देती है तथा उसके परिवहन के सभी चरणों में एअरलाइनों अथवा तीसरे पक्षकारों द्वारा उठाए जाने वाले सभी नुकसानों के लिए उत्तरदायी होगा/होगी।

I, herewith relieve the physician whom I shall choose to make a statement on my condition of health, of his/her professional discretion to the extent that he/she shall be permitted to disclose to the airlines medical departments such details on the condition of my health as may be required by them to judge upon my medical fitness to travel by air. Such physician's fees shall be met by me, and such medical departments judgements shall be accepted by me as final. If accepted for transportation, the undersigned hereby release and will indemnify the airlines concerned, their representatives and agents from all claims for damage sustained in connection with the deterioration of his/her illness as a result of the transportation by air. In case of legal dispute the undersigned will have to prove that any such damage sustained has not been caused wholly or in part by his/her physical, mental or medical condition. The undersigned further agrees to pay all additional costs, and will be responsible for all damages, incurred by the airlines or third parties throughout this transportation.

अद्योहस्ताक्षरी इस जानकारी की भी घोषणा करता/करती है कि उसे किसी तत्पश्चात यात्रा अथवा वापसी यात्रा के लिए स्वीकार करने के लिए एअरलाइनें किसी भी तरह से बाध्य नहीं हैं। अन्यथा एअरलाइनों की वहन की शर्तें लागू होंगी।

The undersigned also declares to be informed that the airlines are not obliged in any way to accept him/her for any subsequent or return journey. Otherwise, the airlines Conditions of Carriage will apply.

स्थान : यात्री द्वारा अथवा उसकी ओर से पढ़ा जाए तथा उसके द्वारा अथवा उसकी ओर से तारीख लिखी जाए एवं हस्ताक्षर किए जाएं।

Place : To be read by/to passenger, dated & signed by him/her or on his/her behalf

स्थान / Place :	तारीख / Date :	यात्री के हस्ताक्षर / Passenger's Signature:
-----------------	----------------	--

भाग / Part 2

मेडिफ : चिकित्सा सूचना-पत्र
MEDIF : MEDICAL INFORMATION SHEET

(केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए)
(for official use only)

इसे उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरा जाए To be completed by ATTENDING PHYSICIAN	इस फार्म का उद्देश्य गोपनीय जानकारी उपलब्ध कराना है, ताकि एअरलाइनों के चिकित्सा विभाग, यात्रा के लिए यात्री की स्वस्थता का निर्धारण कर सकें, जैसाकि इस फार्म के भाग 1 में सूचित किया है। यदि यात्री को यात्रा के लिए स्वीकार किया जाता है तो इस जानकारी से यात्री के हित तथा उसे आराम उपलब्ध कराने के लिए निर्धारित किए गए आवश्यक निदेशों को जारी किया जा सकेगा। This form is intended to provide CONFIDENTIAL	अक्षम यात्री का उपचार करने वाले चिकित्सक से निवेदन है कि वे सभी प्रश्नों के उत्तर दें (उपयुक्त "हां" अथवा "नहीं" बॉक्स में "X" की प्रविष्टि करें तथा/अथवा यथावत संक्षिप्त उत्तर दें)। The PHYSICIAN ATTENDING the incapacitated passenger is requested to ANSWER ALL QUESTIONS (Enter a cross "X" in the appropriate "YES" or "NO" boxes and / or give precise concise answers).	इस फार्म को नीचे लिखे कार्यालय को लौटाया जाए। The form must be returned to
--	---	---	---

	information to enable the airlines MEDICAL Departments to assess the fitness of the passenger to travel as indicated in PART 1 hereof if the passengers is acceptable, this information will permit the issuance of the necessary directives designed to provide for the passenger's welfare and comfort.	इस फार्म को स्पष्ट अक्षरों में या टाइपराइटर की सहायता से भरा जाए। COMPLETING OF THE FORM IN BLOCK LETTERS OR BY TYPEWRITER WILL BE APPRECIATED.	(वहन कंपनी का निर्दिष्ट कार्यालय) (Carrier's Designated Office)
--	--	---	--

TO WHOM SOEVER IT MAY CONCERN

This is to certify that Mr./Ms. _____

is not suffering from any contagious disease and is fit to travel by air on
stretcher/sitting position.

Patient requires oxygen at the rate of _____ LPM (liters per minute).

Name/Sign./stamp of the doctor

INDEMNITY BOND

I Dr./Mr./Ms. _____

accompanying the patient Mr./Ms. _____

on board AI-_____ dated _____ hereby indemnify

AIR INDIA LIMIT for all expenses incurred on diversion / unscheduled extra

landing of the flights due to sudden illness of the patient.

The Patient is being carried at my own risk and responsibility. No damage shall be claimed for cancellation / diversion / grounding of the flight at base / en-route stat for any reason whatsoever.

Name /Sign. / Stamp /Address of the doctor / Accompanying passenger