

تلفن تماس اضطراری: Contact No.:	مقصد: Destination:	جنسیت: Sex F زن M مرد	سن: Age:	نام نام خانوادگی: First name and Last name:
مشخصات همراه: Profile of patient companion:	شماره پرواز : Flight Number: شماره بلیط: Ticket Number:	تاریخ: Date :	ساعت: Time:	شماره ملی / پاسپورت: National ID/Passport :
Medical History: Final Diagnosis: Date of Diagnosis:	شرح حال بیماری: تشریخیص نهایی بیمار: تاریخ تشخیص: علائم حیاتی بیمار: تعداد نیჭ فشار خون تعداد تنفس دمای بدن			
Patient Vital signs :Heart Rate Blood pressure Respiratory rate Temperature				
بیمار دارای کدام یک از شرایط خاص پزشکی زیر می باشد؟ توضیحات: بارداری <input type="checkbox"/> نابینا <input type="checkbox"/> واگیر و مسری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>				
آیا وضعیت بیماری برای مسافران ایجاد ناراحتی می کند؟ (بو، وضع ظاهری، رفتار...) خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیحات:				
آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی می کند؟ (بو، وضع ظاهری، رفتار...) خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیحات:				
آیا بیمار در شرایط اضطراری برای تخلیه نیازمند کمک می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیحات:				
آیا بیمار در شرایط اضطراری برای تخلیه نیازمند کمک می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیحات:				
آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در صورت نیاز <input type="checkbox"/> میزان لیتر در دقیقه) در صورت نیاز <input type="checkbox"/> به طور دائم <input type="checkbox"/> در صورت نیاز <input type="checkbox"/> بله (میزان لیتر در دقیقه)				
آیا بیمار در مقصود نیازمند آمبولانس می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله (همانگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است)				
آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله (همانگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است)				
آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله (همانگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است)				
پیشنهاد ها (تغذیه ، دارو و ...) :				
Suggestions (Diet, Medication ...):				
اینچنانب دکتر..... پزشک معالج بیمار گواهی مینمایم که مسافر فوق الذکر را برسی نموده و صلاحیت پزشکی او را جهت مسافرت هوایی تایید مینمایم.				
It is..... Attending Physician of the Patient hereby certify that I have inspected the above-mentioned patient and acknowledge his/her medical competency for air travel				
تلفن تماس پزشک معالج: مهر و امضاء پزشک معالج:				
Contact phone of the physician: signature of the Attending physician:				
محوز پزشک هوایی شرکت در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار :				
صلاحیت پزشکی مسافر مذکور را جهت مسافرت هوایی تایید می نمایم / نمی نمایم.				
Hereby, I certify / do not certify aforementioned passenger medical competency				
تاریخ: Date:				
مهر و امضاء پزشک هوایی معتمد شرکت :				
signature of the Attending physician :				
- اعتبار این برگ پس از تایید توسط پزشک هوایی معتمد شرکت یا پزشک معالج ۷۲ ساعت می باشد .				
- مهمانداران هوایی صرفا دوره کمکهای اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق یا تجویز دارو و همچنین مراقبتهای خاص پزشکی نمی باشند .				
- Cabin attendants are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection or to give medication.				
- پذیرش هرگونه مسافر بیمار مطابق با دستورالعمل حمل بیمار شرکت هوایی و ارائه انجام می باشد .				
- Acceptance of any ill passenger shall be in accordance with Varesh Airlines Medical Transport Guidelines.				
- در صورت وجود هرگونه مدارک پزشکی مرتبط با بیماری، پیوست گردد .				
- Any relevant medical documentation related to the illness shall be attached.				



نسخه بیمار:

تمهیدنامه مسافر:

-اینجانب..... به کد ملی..... فرزند.....، تصدیق می نمایم که خدمه پروازی شرکت هواپیمایی وارش، صرفاً آموزش های کمک های اولیه را گذرانده و مجاز به انجام اقدامات پزشکی تخصصی، پرستاری، تشخیصی، تزریق یا تجویز دارو نمی باشند و عدم انجام چنین اقداماتی، به هیچ وجه موجب ایجاد مسئولیت برای شرکت هواپیمایی وارش نخواهد بود همچنین صدور مجوز پزشکی به منزله تضمین سلامت کامل در طول یا پس از پرواز نبوده و صرفاً بر اساس اطلاعات ارائه شده از سوی مسافر و پزشک معالج صادر می گردد.

-تصدیق می نمایم که اینجانب در صورت همراه داشتن Escort مسئولیت کامل مراقبت، نظارت و کمکرسانی به خود را بر عهده دارد و شرکت هواپیمایی وارش، کارکنان و خدمه پروازی هیچ مسئولیتی در این خصوص نداشته و صدور مجوز حمل همراه به هیچ وجه به معنای تضمین سلامت مسافر نیست.

-اعلام می دارم هرگونه کتمان، تحریف یا اعلام خلاف واقع اطلاعات پزشکی، موجب سلب اعتبار مجوز پزشکی صادره شده و کلیه عواقب، خسارات و هزینه های ناشی از آن، بر عهده اینجانب خواهد بود.

-I hereby, National ID No., certify that the flight crew of Varesh Airlines have received training solely in first aid and are not authorized to perform any specialized medical, nursing, diagnostic procedures, injections, or administration of medication. Failure to perform such actions shall not give rise to any liability whatsoever for Varesh Airlines. Furthermore, the issuance of a medical clearance does not constitute a guarantee of complete health during or after the flight and is issued solely based on the information provided by the passenger and the treating physician.

-I certify that, if accompanied by an escort, full responsibility for my care, supervision, and assistance shall rest solely with myself and/or the accompanying escort, and that Varesh Airlines, its employees, and flight crew shall bear no responsibility whatsoever in this regard. The issuance of permission for an accompanying escort does not in any way constitute a guarantee of the passenger's health.

-I declare that any concealment, misrepresentation, or provision of false medical information shall invalidate the issued medical clearance, and I shall bear full responsibility for all resulting consequences, damages, and expenses.

تاریخ/ امضا:

اثر انگشت:

Date/ Signature:

Finger print: