



## DICHIARAZIONE MEDICA PER USO POC

English version on the back side

### DICHIARAZIONE MEDICA PER USO POC

Egregio Medico,

Il paziente desidera utilizzare un concentratore di ossigeno portatile a bordo di un aereo Neos S.p.A. per il viaggio imminente. La compagnia aerea la prega di compilare e firmare la seguente dichiarazione e consegnarla al proprio paziente. Il presente modulo deve essere in possesso del passeggero e disponibile per la consultazione durante il viaggio.

La ringraziamo per il tempo dedicato e per le informazioni fornite.

### COMPILAZIONE MEDICA

Io medico ho verificato che il passeggero \_\_\_\_\_ [nome in stampatello] ha la necessità di utilizzare ossigeno supplementare durante il viaggio, il presente requisito può essere soddisfatto tramite l'uso di un concentratore di ossigeno portatile approvato (POC).

Io medico ho inoltre verificato che:

- Il passeggero ha la capacità fisica e cognitiva di vedere, sentire, e capire la fonetica del dispositivo, avvertenze visive ed allarmi ed è in grado, senza assistenza, di prendere le misure appropriate in risposta a quelle precauzioni e avvertenze;
- L'uso del POC per il passeggero è medicalmente necessario;
- Il mio paziente capisce che il POC è di propria responsabilità e la compagnia aerea non è responsabile nel fornire batterie, alimentazione a bordo, cannule nasali o altre apparecchiature connesse al POC, e che non è responsabile per la condizione fisica del POC. Il paziente è in grado di completare il volo in sicurezza senza assistenza medica straordinaria. Io medico ho consigliato al paziente di avere sufficienti batterie cariche per alimentare il POC per la durata del volo più tre (3) ore aggiuntive per coprire eventuali ritardi imprevisti, attese all'imbarco, deviazioni o cancellazioni;
- Il passeggero è stato informato che per qualsiasi cambiamento della propria salute, che modificherebbe i criteri sopra elencati, la compilazione di una nuova dichiarazione medica è necessaria.

Si prega di segnare la dichiarazione appropriata:

- \_\_\_\_\_ POC è medicalmente necessario durante tutte le fasi del volo, inclusi rullaggi, decolli e atterraggi.
- \_\_\_\_\_ POC è medicalmente necessario solo durante la parte del volo quando l'equipaggio autorizza l'uso di dispositivi elettronici comuni, che è generalmente dopo il decollo e prima dell'atterraggio.
- \_\_\_\_\_ POC è medicalmente necessario ad intermittenza durante il volo, ma non durante il rullaggio, decollo o l'atterraggio.
- \_\_\_\_\_ L'impostazione per la portata dell'ossigeno del POC è \_\_\_\_\_ litri al minuto (LPM), considerando la pressione dell'aria della cabina nelle normali condizioni di funzionamento.

Nome del medico [stampatello]	Numero di licenza o di registrazione
Numero di telefono	Numero di fax
Indirizzo	
Città	Stato/Nazione
Firma del medico	Data



# PHYSICIAN STATEMENT FOR POC USE

Versione italiana sul retro

## PHYSICIAN STATEMENT FOR POC USE

Dear Physician,

Your patient desires to use a Portable Oxygen Concentrator on board a Neos S.p.A. aircraft for upcoming travel. Please complete and sign this form, please return to your patient. This form must be in passenger possession and available for inspection on the day of travel.

Thank you for your time and the provided information.

### TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

I check that passenger \_\_\_\_\_ [printed name] requires the use of supplementary oxygen while traveling and this requirement can be met through the use of an approved Portable Oxygen Concentrator (POC).

I further verify the following:

- I verify that the passenger has the physical and cognitive ability to see, hear, and understand the device's aural and visual cautions and warnings and is able, without assistance, to take the appropriate action in response to those cautions and warnings;
- I verify that the passenger's use of the POC is medically necessary;
- I verify that my patient understands that the POC is the patient's responsibility and the airline is not responsible for providing batteries, providing onboard power, providing nasal cannulas or other POC-related equipment, and that the airline is not responsible for the POC's physical condition. The patient is capable of completing the flight safely without extraordinary medical assistance and has been advised by me to have ample charged batteries to power the POC for the length of the flight plus three (3) additional hours to cover any unexpected delays, gate holds, diversions or cancellations;
- I verify that the passenger is informed that in case of any change to his/her health that would amend the criteria listed above, Physician Medical Verification Statement is necessary.

Please check the appropriate statement below:

- \_\_\_\_\_ POC is medically necessary during all phases of the flight, including taxi and take-offs and landings.
- \_\_\_\_\_ POC is medically necessary only during the portion of the flight when common electronic devices are authorized by crew, which is generally after take off and before landing.
- \_\_\_\_\_ POC is medically necessary intermittently during flight, but not during taxi, take off or landing.
- \_\_\_\_\_ The oxygen flow rate setting for the POC is \_\_\_\_\_ liters per minute (LPM), considering the air pressure in the cabin under normal operating conditions.

Physician's name [please print]	State License or Registration Number
Telephone number	Fax number
Address	
City	State/Country
Physician's signature	Date