



संकल्प RESOLUTION 700
अनुलग्नक 'क' Attachments 'A'

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

- नाम / प्रथम नाम / उपनाम :
Name/First name/Title _____
- यात्री नाम रिकॉर्ड (पीएनआर) :
Passenger name record (PNR) _____
- प्रस्तावित यात्राक्रम :
Proposed itinerary _____
एअरलाइन(नें), उड़ान संख्या :
Airline(s), flight number(s) _____
श्रेणी(श्रेणियां), तारीख(खें), सेगमेंट :
Class(es), date(s), segment(s) _____
- अपंगता का स्वरूप Nature of disability : _____
- क्या विमान पर स्ट्रेचर की आवश्यकता है ? : हां Yes नहीं No
Stretcher needed on board
- 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 _____
- व्हीलचेयर की आवश्यकता Wheelchair needed : हां Yes नहीं No
व्हीलचेयर श्रेणियां : डबल्यूसीएचआर डबल्यूसीएचएस डबल्यूसीएचसी निजी व्हीलचेयर हां Yes नहीं No
Wheelchair categories WCHR WCBS WCHC Own wheelchair
कोलेप्सिबल डबल्यूसीओबी Collapsible WCOB : हां Yes नहीं No
व्हीलचेयर का प्रकार Wheelchair Type : डबल्यूसीबीडी WCBD डबल्यूसीबीडबल्यू WCBW डबल्यूसीएमपी WCMP
- 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 : _____
ट्रान्जिट 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 (रेस्पिरेटर, 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 _____

संकल्प RESOLUTION 700

अनुलग्नक 'ख' - भाग 1

Attachments 'B' - Part 1

चिकित्सा क्लीयरेंस 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)

1. मरीज़ का नाम Patient's name : _____

जन्म तारीख Date of Birth : _____ लिंग Sex : _____ ऊंचाई Height : _____ वजन Weight : _____

2. 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. _____

3. 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 _____

4. विद्यमान लक्षण तथा गंभीरता Current symptoms and severity : _____

5. 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) :

हां Yes नहीं No निश्चित नहीं Not Sure

6. अतिरिक्त चिकित्सीय जानकारी Additional clinical information

क a. एनीमिया Anemia हां 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 दौरे की व्याधि Psychiatric and seizure disorder हां Yes नहीं No यदि हां, तो भाग 2 देखें.
If yes, see part 2

ग c. हृदय स्थिति Cardiac condition हां Yes नहीं No यदि हां, तो भाग 2 देखें
If yes, see part 2

घ d. सामान्य मूत्राशय नियंत्रण Normal bladder control हां Yes नहीं No यदि नहीं, तो नियंत्रण का प्रकार दें
If no, give mode of control : _____

ङ e. सामान्य बाऊल नियंत्रण Normal bowel control हां Yes नहीं No

च f. रेस्पिरेटरी स्थिति हां Yes नहीं No यदि हां, तो भाग 2 देखें.

Respiratory condition

If yes, see part 2

छ g. क्या मरीज़ 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 मरीज़ 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

ड 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. चलने-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 ज़रूरत
Wheelchair required for boarding

विमान तक to aircraft

सीट तक to seat

9. औषधि सूची Medication list _____

10. अन्य चिकित्सा जानकारी Other medical information _____

अनुलग्नक 'ख' - भाग 2
Attachments 'B' - Part 2

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? _____ मेट्रज
If yes, what was the result? _____ Metz

* 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. दीर्घकालीक फुफ्फुसीय स्थिति Chronic pulmonary condition हां Yes नहीं No

- क a. क्या मरीज़ 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 मरीज़ 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 मरीज़ 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 मरीज़ 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 मरीज़ को कोई तकलीफ़ हुई थी ? Did the patient have any problems? _____

3. मनोचिकित्सीय स्थिति Psychiatric conditions :

हां Yes नहीं No

- क a. क्या उड़ान के दौरान मरीज़ 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 मरीज़ ने यात्रा की? अकेले एस्कॉर्ट के साथ?
* If yes, date of travel? _____ Did the patient travel? alone escorted?

4. दौरा 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 मरीज़ 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 अधोहस्ताक्षरी 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 ठहराएगा। विधिक विवाद के मामले में अधोहस्ताक्षरी 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 अधोहस्ताक्षरी, 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.

अधोहस्ताक्षरी 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
------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

	<p>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.</p>	<p>इस फॉर्म को स्पष्ट अक्षरों में या टाइपराइटर की सहायता से भरा जाए। COMPLETING OF THE FORM IN BLOCK LETTERS OR BY TYPEWRITER WILL BE APPRECIATED.</p>	<p>(वहन कंपनी का निर्दिष्ट कार्यालय) (Carrier's Designated Office)</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------