

एअर इंडिया AIR-INDIA

भाग/Part 1 इसे किसी कर्पांतय/एजेंट द्वारा भरा जाए To be completed by SALES OFFICE/AGENT	चिकित्सा सूचना फार्म M E D I F इसाई फार्म के लिए मानक चिकित्सा संबंधी सूचना फार्म STANDARD MEDICAL INFORMATION FORM FOR AIR TRAVEL सभी प्रश्नों के उत्तर "हां" या "नहीं" कोष्ठों में काट विट्टन लगाकर दें Answer All questions : Put a cross (X) in "YES" or "NO" boxes इस फार्म को भरते समय स्पष्ट अक्षरों अथवा टाइपराइटर का प्रयोग करें Use BLOCK LETTERS or TYPEWRITE when completing this form
---	---

A NAME / INITIALS / TITLE :

B PROPOSED ITINERARY (airline(s) flight number(s) class(es) date(s) segment(s) reservation status)	एक उड़ान से दूसरी उड़ान लेने के लिए प्रायः अधिक समय की जरूरत होती है। Transfer from one flight to another often requires LONGER connecting time
--	--

C NATURE OF INCAPACITATION	क्या चिकित्सा अनुमति अर्पित है ? MEDICAL CLEARANCE REQUIRED नहीं / No हाँ / Yes
-----------------------------------	--

D IS STRETCHER NEEDED ON BOARD ? (all stretcher cases MUST be escorted) नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/>	अगर जानकारी न हो तो निवेदन ब्यक्त करें। Request state if unknown
---	---

E INTENDED ESCORT (Name sex age professional qualification segments if different from passenger). If untrained state	अंधे और/ या बहरे के सदर्भ में यह बताएं कि क्या प्रशिक्षित कुत्ता अनुरक्षक के रूप में साथ है। For blind and/or deaf state if escorted by trained dog
---	--

F WHEEL CHAIR NEEDED ? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> Categories are : इन्फ्लेक्सिबल/WCHR इन्फ्लेक्सिबल/WCHS इन्फ्लेक्सिबल/WCHC पहिएदार कुर्सी की कोटि Wheelchair Category : <input type="checkbox"/>	अपनी पहिएदार कुर्सी Own wheel chair हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	कोलैपसिबल Collapsible हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	शक्ति चालित Power driven हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	बैटरी टाइप (स्पिलेबल) Battery Type (spillable) हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	स्पिलेबल बैटरियां प्रतिबंधित वस्तुएं हैं और यात्री-विमान में इन्हें ले जाने की अनुमति नहीं है। Spillable batteries are restricted articles and are not permitted in passenger carrying aircraft
---	--	--	---	--	--

G AMBULANCE NEEDED ? हाँ/Yes <input type="checkbox"/> नहीं/No <input type="checkbox"/>	एअर लाइन द्वारा इसकी व्यवस्था कि जाए To be arranged by AIRLINES नहीं <input type="checkbox"/> एम्बुलेंस कंपनी संपर्क निर्दिष्ट करें No specify Ambul. Company contact. हाँ <input type="checkbox"/> गंतव्य स्थान का पता लिखें Yes specify destination address.	अगर जानकारी न हो तो बरातों का निवेदन करें Request rate(s) if unknown
--	---	---

H OTHER GROUND ARRANGEMENTS NEEDED हाँ/Yes <input type="checkbox"/> नहीं/No <input type="checkbox"/>	यदि हाँ तो नीचे इसके मद के सामने उल्लेख करके सूचना दें। (का व्यवस्थापक एअर लाइन या अन्य संगठन (छा) किसके सदर्भ में (ग) संपर्क का पता/ फोन नं० जहां उपयुक्त का नामोल्लेख किया जाए। If yes, SPECIFY below and indicate for each item (a) the ARRANGING airline or other organisation, (b) at whose EXPENSES, and (c) CONTACT address/phones are designated to meet/assist the passenger
--	---

1 प्रस्थान वाले एअरपोर्ट पर पहुंचने की व्यवस्थाएं Arrangements for delivery at airport of DEPARTURE	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	विवरण specify	
2 उड़ानों की मिलावट वाले स्थानों पर सहायता की व्यवस्थाएं Arrangements for assistance at CONNECTING POINTS	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	विवरण specify	
3 आगमन वाले एअरपोर्ट पर मिलने की सुविधाएं Arrangements for meeting at airport of ARRIVAL	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	विवरण specify	
4 अन्य आवश्यकताएं या संलग्न सूचना Other requirements or relevant information	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	विवरण specify	

उड़ान के दौरान अतिरिक्त विशेष व्यवस्थाएं, या - विशेष भोजन, बैठने की विशेष सुविधा, पाद-नीठ अतिरिक्त सीट विशेष उपकरण आदि.

K SPECIAL IN-FLIGHT ARRANGEMENT NEEDED such as: special meals, special seating, leg rest, extra seat(s), special equipment, etc.

नहीं हां
No Yes

यदि हां तो प्रत्येक मद के संदर्भ में यह बताते हुए सूचित करें -। क। वह छाप जिस पर व्यवस्था चाहिए। ख। एअर लाइन्स द्वारा व्यवस्थित या अन्य किसी पार्टी की व्यवस्था। ग। खर्च का वहन कौन करेगा? विशेष उपकरण की व्यवस्था, जैसे ऑक्सीजन आदि के लिए पिछे भाग २ भरने की हमेशा जरूरत पड़ती है.

If Yes, DESCRIBE and Indicate for each item: (a) SEGMENT(s) on which required (b) airline ARRANGED or arranged third party, and (c) at whose expense. Provision of SPECIAL EQUIPMENT such as oxygen etc. always requires completion of PART 2 overleaf.

। पीछे भाग २ के अंत में वी गई "टिप्पणी" देखें।
(See 'Note' at the end of PART 2 overleaf)

ख. क्या यात्री के पास "बहुत जाने जाने वाले यात्री" का मेडिकल कार्ड है जो इस यात्रा के संदर्भ में भी विधिवान्व है?/ फ़्रीमैक।

नहीं हां
No Yes

L DOES PASSENGER HOLD A "FREQUENT PASSENGER'S MEDICAL CARD" VALID FOR THIS TRIP(FREMEC)

यदि हां तो अपने आराम की संत के साथ विशेष का विवरण दीजें। यदि नहीं तो इसके लिए बहुत एअर लाइन्स कंपनी को अतिरिक्त विवरण की आवश्यकता है. क्या ज्ञान करने को डॉक्टर के पास दीजें विषय पर भाग २ है.

If yes, add below FREMEC data to your reservation requests. If no for if additional data needed by carrying airline(s) have physician in attendance complete PART 2 hereof.

फ़्रीमैक / FREMEC					
। फ़्रीमैक संख्या। (FREMEC number)	। जारीकर्ता। (Issued by)	। विधिवान्व अवधि। (Valid until)	। लिंग। Sex	। आयु। Age	। अक्षमता। (Incapacitation)
। अक्षमता का विषय। (Incapacit. cont.)			। सीमाएं। (Limitations)		

यात्री की घोषणा
। जहां आवश्यकता हो इसे यात्री द्वारा पढ़ा जाए या उसे फा खर सुनाया जाए और उस पर पढ़ने का सुनाने कहे व्यक्ति के तरीका सहित हस्ताक्षर किए जाएं।
PASSENGER'S DECLARATION
(Where needed to be read by/to the passenger, dated and signed by him/hers, or on his/her behalf).

मैं एअरलाइन्स द्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में बयान जारी करने के लिए मेरा चिकित्सक अपने व्यवसाय पर एक स्व-विवेक से एअर-लाइन्स के चिकित्सा विभाग को हवाई यात्रा के संदर्भ में मेरे स्वास्थ्य संबंधी आरोग्यता के निर्धारण के लिये मेरे स्वास्थ्य की चतुःस्थिति का परिचय दे सकता है. ऐसे चिकित्सक की टीम में दुग्/दुग्गी और ऐसे चिकित्सा विभाग का अंतिम निर्णय मुझे मान्य होगा. अगर अधिमान के लिये इसे मान लिया जाता है तो अधोहस्ताक्षरी एअरलाइन्स द्वारा यह भी घोषणा करता है कि वह विमान से अधिमान के कारण अपनी हाकत बिना जाने की स्थिति में होने वाली हानि के सभी दावों से संबंधित एअरलाइन्स उनके प्रतिनिधियों और एजेंटों को सभी दावों से मुक्त रखते हुए इस संदर्भ में कोई भी क्षतिपूर्ति वह स्वयं करेगा. कम्पनी विचार की स्थिति में अधोहस्ताक्षरी को यह सिद्ध करना होगा कि इस प्रकार होने वाली किसी भी हानि का कारण पूर्ण या आंशिक रूप से उसकी शारीरिक मानसिक या स्वास्थ्य संबंधी स्थिति नहीं रही है. आगे अधोहस्ताक्षरी इस बात पर भी अपनी सहमति व्यक्त करता है कि वह अधिमान के दौरान एअरलाइन्स या अन्य पार्टी द्वारा सभी हानियों के लिए अतिरिक्त खर्चों को वहन करेगा और एअरलाइन्स वह स्वयं उत्तरदायी होगा.

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 him/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 him/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 through this transportation.

अधोहस्ताक्षरी इस जानकारी की भी घोषणा करता है कि एअर-लाइन्स उसे और आगे या वापसी की यात्रा कराने के लिए भी रूप में बाध्य नहीं होगा. अन्यथा स्थिति में एअर लाइन्स द्वारा 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 : इसे यात्री स्वयं पढ़ें या उसे पढ़कर सुनाया जाए, यात्री के हस्ताक्षर या उसकी ओर से घोषणा पत्र पढ़ने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर एवं तारीख.
Place : To be read by/ to passenger, dated & signed by him or on his behalf.

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

भाग / Part 2

फ़्रीमैक : चिकित्सक | मेडिकल | घुबना-पत्र
MEDIF MEDICAL INFORMATION SHEET

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

इसे जांचकर्ता चिकित्सक द्वारा भरा जाए.
To be completed by ATTENDING PHYSICIAN

इस फॉर्म का मूल्य एअर लाइन्स के मेडिकल विभाग को गोपनीय सूचना उपलब्ध कराना है लकिन यह भाग १ में निरिचत यात्रा के संदर्भ में यात्री की स्वस्थता का निर्धारण कर सके, यदि यात्री विकार है तो इस जानकारी से उन आवश्यक निर्णयों को जोरि करने में सुविधा देवेगी जिन्हे यात्री के हित और आराम के लिए निर्धारित किया जा है. This form is intended to provide CONFIDENTIAL information to enable the airlines MEDICAL Departments to assess the fitness of the passenger to travel as indicated in PART 1 hereof if the passenger's condition is acceptable, this information will permit the issuance of the necessary directives designed to provide for the passenger's welfare and comfort.

अराम यात्री के जांचकर्ता चिकित्सक में अनुरोध है कि यहां सभी प्रश्नों के उत्तर दिए जाए "हां" या "नहीं" के कोष्ठों में से उपयुक्त कोष्ठ में काटें। (X) चिह्न बनाया जाए और/या सार रूप में सहित उत्तर दिया जाए।
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 फॉर्म को हस्त-अक्षरों में या टाइपराइटर की सहायता में भर जाए
COMPLETING OF THE FORM IN BLOCK LETTERS OR BY TYPEWRITER WILL BE APPRECIATED

इस फॉर्म नीचे लिखे कार्यालय औरता जाए.
The form must be returned to

। खर कंपनी का निरिचत कार्यालय।
(Carrier's Designated Office)

एअर लाइन्स का संदर्भ कोड Airlines Ref. Code एअर/ए/МЕДА01	रोगी का नाम, आउसर, लिंग, आयु Patient's Name, Initials, Sex, Age		
एअर/ए/МЕДА02	आपका चिकित्सक ATTENDING PHYSICIAN नाम व पता Name & Address फोन Telephone Contact	व्यवसाय Business	आवास Home
एअर/ए/МЕДА03	स्वास्थ्य संबंधी विवरण MEDICAL DATE निदान विस्तार सहित । मुख्य लक्षणों सहित । DIAGNOSIS in details (including vital signs) प्रथम लक्षण का दिन/ महिना/ वर्ष Day/ month/year of first symptoms		विरण की तारीख Date of diagnosis
एअर/ए/МЕДА04	यात्रा के संदर्भ में पूर्वानुमान PROGNOSIS for the trip		
एअर/ए/МЕДА05	संसर्ग और संचार्यक रोग Contagious AND communicable diseases ?	नहीं No <input type="checkbox"/>	हां Yes <input type="checkbox"/> विवरण specify
एअर/ए/МЕДА06	क्या अन्य यात्रियों के लिए यह रोगी किसी भी रूप में अशुचिकार है । गंध, छायाकार, आचरण । Is patient in any way OFFENSIVE to other passengers ? (smell, appearance, conduct)	नहीं No <input type="checkbox"/>	हां Yes <input type="checkbox"/> विवरण specify
एअर/ए/МЕДА07	जब कभी जरूरत हो तो क्या यात्री विमान की सामान्य सीट की पीठ को सीधे खड़ी रख कर उसको प्रयोग करने की स्थिति में है । Can patient use normal aircraft seat with seatback placed in the UPRIGHT position when so required ?	नहीं No <input type="checkbox"/>	हां Yes <input type="checkbox"/>
एअर/ए/МЕДА08	क्या विमान में यात्री बिना किसी की सहायता के अपनी जरूरतों को । भोजन करना, शौचालय जाना आदि सहित अपने आप पूरा करने की स्थिति में है । Can patient take care of his own needs on board UNASSISTED* (including meals, visit to toilet, etc.) ? यदि नहीं, तो किस प्रकार की सहायता आवश्यक है । If not, type of help needed :	नहीं No <input type="checkbox"/>	हां Yes <input type="checkbox"/>
एअर/ए/МЕДА09	यदि किसी अनुरोध की आवश्यकता हो तो क्या आपको भाग 9/8 में प्रस्तावित व्यवस्था संतोचजनक लगती है If to be ESCORTED, is the arrangement proposed in PART 1/E hereof satisfactory for you ? यदि नहीं, तो आप बताएं कि किस प्रकार के अनुरोध की आवश्यकता है । If not, type of escort proposed by YOU ?	नहीं No <input type="checkbox"/>	हां Yes <input type="checkbox"/>
एअर/ए/МЕДА10	क्या उड़ान के समय रोगी को ऑक्सीजन उपकरण की आवश्यकता है । यदि हो तो अंतराल यात्रा का उल्लेख करें । Does patient need OXYGEN* equipment in flight ? (If yes, state rate of flow)	नहीं No <input type="checkbox"/>	हां Yes <input type="checkbox"/> निरंतर Continuous ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
एअर/ए/МЕДА11	अपने आप कर ही जाने वाली चिकित्सा के अलावा क्या रोगी को अन्य किसी चिकित्सा और/या उपाय संबंध, उपचारित जैसे किसी काम की आवश्यकता है ?	1 क । एअर पोर्ट के भूतल पर (a) on the GROUND while at the airport(s) : नहीं/No <input type="checkbox"/>	हां/Yes <input type="checkbox"/> विवरण/specify
एअर/ए/МЕДА12	क्या रोगी को किसी भी प्रकार की चिकित्सा के अलावा किसी भी प्रकार की चिकित्सा के अलावा क्या रोगी को अन्य किसी चिकित्सा और/या उपाय संबंध, उपचारित जैसे किसी काम की आवश्यकता है ?	1 ख । विमान में सवार होने पर (b) on the board of the AIRCRAFT : नहीं/No <input type="checkbox"/>	हां/Yes <input type="checkbox"/> विवरण/specify

एमडीएम/MDA13	<p>क्या रोगी को अस्पताल में भर्ती करने की जरूरत है ? यदि हां तो बताएं कि क्या व्यवस्था की गई है, यदि कोई व्यवस्था न की गई हो तो बिलें "कोई कार्रवाई नहीं की गई"</p>	<p>क। एक उड़ान से दूसरी उड़ान लेने के लिए मार्गस्थ ठहरने या रैन बसेरा करने के दौरान (a) during long layover or nightstop at CONNECTING POINTS on route :</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
एमडीएम/MDA14	<p>Does the patient need HOSPITALISATION? (If yes, Indicate arrangements made or, if none were made indicate *NO ACTION TAKEN*)</p>	<p>नहीं/No <input type="checkbox"/> हां/Yes <input type="checkbox"/> कार्रवाई/Action</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
एमडीएम/MDA15	<p>आपके रोगी के सुख और सुविधा पूर्वक सहन के हित में अन्य अभ्युक्तियों या सूचना Other remarks or information in the interest of your patient's smooth and comfortable transportation :</p>	<p>कोई नहीं <input type="checkbox"/> यदि कोई हो तो None <input type="checkbox"/> उल्लेख करें Specify if any (**)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
एमडीएम/MDA16	<p>जांचकर्ता चिकित्सक द्वारा की गई अन्य व्यवस्थाएं Other arrangements made by the attending physician :</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

नोट (*): केबिन परिचरों को यह प्राधिकार है कि वह यात्रियों को कोई ऐसी
 खास सहायता दें जिससे कि अन्य यात्रियों के प्रति उनकी सेवा में
 कोई कमी आए, इसके अलावा वे केवल प्राथमिक चिकित्स के
 लिए प्रशिक्षित होते हैं, उनको इस बात की अनुमति नहीं है कि वे
 किसी को इंजेक्शन लगाएं या उसकी चिकित्सा करें
 Note (*): Cabin attendants are NOT authorized to give special
 assistance to particular passengers, to the detriment
 of their service to other passengers. FIRST AID and
 are NOT PERMITTED to administer any injection or
 to give medication.

आवश्यक: उपर्युक्त सूचना की व्यवस्था और वाहक को कोई खास चंभ (*).
 उपलब्ध करने के संदर्भ में संगत रूप से यदि को शुल्क देय हो तो
 उसका भुगतान संबंधित यात्री करेगा.
 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.

<p>तारीख Date:</p>	<p>स्थान Place:</p>	<p>जांचकर्ता चिकित्सक के हस्ताक्षर Attending Physician's Signature</p>
---------------------------------	----------------------------------	---