

एअर इंडिया AIR-INDIA

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

क नाम/आपसर/खिताब
A NAME / INITIALS / TITLE :

ख प्रस्तावित यात्रा। एअर-लाइन (ओं) उड़ान संख्या, श्रेणी, तारीख, क्वॉट आरक्षण स्थिति। 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
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ग अक्षमता की प्रकृति
C NATURE OF INCAPACITATION

क्या चिकित्सा अनुमति अपेक्षित है ? नहीं / No
MEDICAL CLEARANCE REQUIRED हां / Yes

घ क्या विमान पर स्ट्रेचर चाहिए ?
 स्ट्रेचर के साथ कोई अनुरसक होना चाहिए। नहीं हां
D IS STRETCHER NEEDED ON BOARD ? (all stretcher cases MUST be escorted)

अगर जानकारी न हो तो निवेदन व्यक्त करें।
 Request state if unknown

इ अभिप्रेत अनुरसक। यदि यात्री से वह भिन्न हो तो उसका नाम लिंग, आयु, व्यावसायिक अर्हता, क्वॉट। अगर प्रशिक्षित न हो तो उल्लेख करें। E INTENDED ESCORT (Name sex age professional qualification segments if different from passenger). If untrained state	अंधे और/ या बहरे के संदर्भ में यह बताएं कि क्या प्रशिक्षित कुत्ता अनुरसक के रूप में साथ है। For blind and/or deaf state if escorted by trained dog
सह-यात्री/TRAVEL COMPANION	

फ क्या पहिए वाली कुर्सी चाहिए ? F WHEEL CHAIR NEEDED ?	नहीं <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/>	अपनी पहिएदार कुर्सी Own wheel chair	नही <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/>	स्मिटाब Collapsible	नही <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/>	शक्ति चालित Power driven	नही <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/>	बैटरी टाइप स्पिलेबल Battery Type (spillable)	नही <input type="checkbox"/> हां <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
कुर्सियों की कोटियां : Categories are : इन्व्हीलैबल/WHIR इन्व्हीलैबल/WHCS इन्व्हीलैबल/WHC पहिएदार कुर्सी की कोटि Wheelchair Category : <input type="checkbox"/>										

ग क्या एम्बुलेंस चाहिए ? नहीं/No हां/Yes
G AMBULANCE NEEDED ?

एअर लाइन द्वारा इसकी व्यवस्था कि जाए
 To be arranged by AIRLINES

अगर जानकारी न हो तो दरारों का निवेदन करें
 Request rate(s) if unknown

नहीं एम्बुलेंस कंपनी संपर्क निर्दिष्ट करें
 No specify Ambul. Company contact

हां गंतव्य स्थान का पता लिखें
 Yes specify destination address.

घ अन्य अपेक्षित भू-स्थल व्यवस्थाएं नहीं/No हां/Yes
H OTHER GROUND ARRANGEMENTS NEEDED

यदि हां तो नीचे हरेक मद के सामने उल्लेख करके सूचना दें।
 (क) व्यवस्थापक एअर लाइन या अन्य संगठन (ख) किसके खर्च से (ग) संपर्क का पता/ फोन 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.

१ प्रस्थान वाले एअरपोर्ट पर पहुंचने की व्यवस्थाएं
 Arrangements for delivery at airport of DEPARTURE

नहीं हां विवरण
 No Yes specify

२ उड़ानों की मिलाप वाले स्थानों पर सहायता की व्यवस्थाएं
 Arrangements for assistance at CONNECTING POINTS

नहीं हां विवरण
 No Yes specify

३ आगमन वाले एअरपोर्ट पर मिलने की सुविधाएं
 Arrangements for meeting at airport of ARRIVAL

नहीं हां विवरण
 No Yes specify

४ अन्य आवश्यकताएं या संगत सूचना
 Other requirements or relevant information

नहीं हां विवरण
 No Yes specify

Z उड़ान के दौरान अतिरिक्त विशेष व्यवस्थाएं, यथा - विशेष भोजन, बैठने की विशेष सुविधा, पाद-पीठ अतिरिक्त सीट विशेष उपस्कर आदि.

नहीं हां
No Yes

यदि हां तो प्रत्येक मद के संदर्भ में यह बताते हुए सूचित करें - 1. क। वह खण्ड जिस पर व्यवस्था चाहिए। 2. एअर लाइन्स द्वारा व्यवस्थित या अन्य किसी पार्टी की व्यवस्था। 3. खर्च का वहन कौन करेगा? विशेष उपस्कर की व्यवस्था, जैसे ऑक्सीजन आदि के लिए पिछे भाग 2 भरने की हमेशा जरूरत पड़ती है.

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

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

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

ड. क्या यात्री के पास "बहुत आने जाने वाले यात्री" का मेडिकल कार्ड है जो इस यात्रा के संदर्भ में भी विधिमान्य हो/। प्रिमेक।

नहीं हां
No Yes

यदि हां तो अपने आसलन की भांति के पास प्रिमेक का विवरण नीचे दें. यदि नहीं तो इसके लिए बहुत एअर लाइन्स कंपनी को अतिरिक्त विवरण की आवश्यकता है. क्या जोड़ करने वाले डॉक्टर के पास पीछे पिछे भाग 2 है.

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

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.

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

यात्री की घोषणा
। जहां आवश्यकता हो इसे यात्री द्वारा पढ़ा जाए या उसे पढ़ कर सुनाया जाए और उस पर पढ़ने का सुनाने वाले व्यक्ति के तारीख 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 एतद्द्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में बयान जारी करने के लिए मेरा चिकित्सक अपने व्यवसाय पर 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 वस्तु-स्थिति का परिचय दे सकता है. ऐसे चिकित्सक की फीस में दुंगा/दुंगी और ऐसे चिकित्सा विभाग का अंतिम निर्णय मुझे मान्य होगा. अगर अभिगमन के लिये इसे मान लिया जाता है तो अधोहस्ताक्षरी एतद्द्वारा वह भी घोषणा करता है कि यह विमान से अभिगमन के कारण अपनी हाकत बिगड़ जाने की स्थिति में होने वाली हानि के सभी दावों से संबंधित एअरलाइन्स उसके प्रतिनिधियों और एजेंटों को सभी दावों से मुक्त रखते हुए इस संदर्भ में कोई भी क्षतिपूर्ति वह स्वयं करेगा. कानूनी विवाद 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 मार्मात्मक या स्वास्थ्य संबंधी स्थिति नहीं रही है. आगे अधोहस्ताक्षरी इस बात पर भी अपनी सहमति व्यक्त करता है कि वह अभिगमन के दौरान एअरलाइन्स या अन्य पार्टी द्वारा सभी हानियों के लिए अतिरिक्त खर्चों को वहन करेगा और एतद्द्वारा 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 से बाध्य नहीं होगा. अन्यथा स्थिति में एअर लाइन्स द्वारा वहन की शर्त लागू होगी.
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 (केवल कार्यालय में प्रयोग के लिए)
(for official use only)

पेटिफ : चिकित्सक। मेडिकल। सूचना-पत्र
MEDIF MEDICAL INFORMATION SHEET

<p>इसे जांचकर्ता चिकित्सक द्वारा भरा जाए. To be completed by ATTENDING PHYSICIAN</p>	<p>इस फार्म का प्रयोग एअर लाइन्स के मेडिकल विभाग को गोपनीय सूचना उपलब्ध कराना है ताकि वह भाग 1 में निर्दिष्ट यात्रा के संदर्भ में यात्री की स्वस्थता का निर्धारण कर सके, यदि यात्री स्वस्थ है तो इस जानकारी से उन आवश्यक निर्देशों को जारी करने में सुविधा रहेगी जिन्हें यात्री के हित और आराम के लिए निर्धारित किया गया 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 is acceptable, this information will permit the issuance of the necessary directives designed to provide for the passenger's welfare and comfort.</p>	<p>अक्षम यात्री के जांचकर्ता चिकित्सक से अनुरोध है कि यहां सभी प्रश्नों के उत्तर दिए जाएं "हां" या "नहीं" के कोष्ठों में से उपयुक्त कोष्ठ में काटा। X चिह्न लगाया जाए और/या तार रूप में संक्षिप्त 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 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</p>
		<p>इस फार्म पीछे चिकित्सक कार्यालय लौटाना जाए. The form must be returned to</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>। वहन कंपनी का निर्दिष्ट कार्यालय। (Carrier's Designated Office)</p> </div>

एअर लाइन्स का संदर्भ कोड Airlines Ref. Code एमईए/MEDA01	रोगी का नाम, आधर, लिंग, आयु Patients Name, Initials, Sex, Age			
एमईए/MEDA02	आचरणा चिकित्सक ATTENDING PHYSICIAN नाम व पता Name & Address फोन Telephone Contact	व्यवसाय Business	अवास Home	
एमईए/MEDA03	स्वास्थ्य संबंधी विवरण MEDICAL DATA निदान विस्तार सहित । मुख्य लक्षणों सहित । DIAGNOSIS in details (including vital signs) प्रथम लक्षण का दिन/ महिना/ वर्ष Day/ month/year of first symptoms	विद्यन की तारीख Date of diagnosis		
एमईए/MEDA04	यात्रा के संदर्भ में पूर्वानुमान PROGNOSIS for the trip			
एमईए/MEDA05	संसर्ग और संचार्यक रोग Contagious AND communicable diseases ?	नहीं <input type="checkbox"/>	हां <input type="checkbox"/>	विवरण specify
एमईए/MEDA06	क्या अन्य यात्रियों के लिए यह रोगी किसी भी रूप में अशुभ है। गंध, रुपाकार, आचरण। Is patient in any way OFFENSIVE to other passengers ? (smell, appearance, conduct)	नहीं <input type="checkbox"/>	हां <input type="checkbox"/>	विवरण specify
एमईए/MEDA07	जब कभी जठरत हो तो क्या यात्री विमान की सामान्य सीट की पीठ को सीधी 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 <input type="checkbox"/>	हां <input type="checkbox"/>	
एमईए/MEDA08	क्या विमान में यात्री बिना किसी की सहायता के अपनी जठरतों 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 <input type="checkbox"/>	हां <input type="checkbox"/>	
एमईए/MEDA09	यदि किसी अनुरक्षक की आवश्यकता हो तो क्या आपको भाग 1/ड. में प्रस्तावित व्यवस्था संतोषजनक लगती है। If to be ESCORTED, is the arrangement proposed in PART I/E hereof satisfactory for you ? यदि नहीं, तो आप बताएं कि किस प्रकार के अनुरक्षण की आवश्यकता है। If not, type of escort proposed by YOU ?	नहीं <input type="checkbox"/>	हां <input type="checkbox"/>	
एमईए/MEDA10	क्या उड़ान के समय रोगी को ऑक्सीजन उपकरण की आवश्यकता है। यदि हां तो अंतर्वाह मात्रा का उल्लेख करें। Does patient need OXYGEN* equipment in flight ? (If yes, state rate of flow)	नहीं <input type="checkbox"/>	हां <input type="checkbox"/>	निरंतर <input type="checkbox"/> Continuous ? नहीं/No <input type="checkbox"/>
एमईए/MEDA11	अपने आप कर ली जाने वाली चिकित्सा के अलावा क्या रोगी को अन्य किसी चिकित्सा और /वा श्वास यंत्र, उष्मापत्र जैसे किसी छात्र यंत्र की आवश्यकता है ?	I 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		
एमईए/MEDA12	Does the patient need any MEDICATION* other than self-administered, and /or the use of special apparatus such as respirator, incubator, etc.** ?	I छ। विमान में सवार होने पर (b) on the board of the AIRCRAFT : नहीं/No <input type="checkbox"/> हां/Yes <input type="checkbox"/> विवरण/specify		

एम्बिए/MEDA13	क्या रोगी को अस्पताल में भरती करने की जरूरत है ? । यदि हां तो बताएं कि क्या व्यवस्था की गई है. यदि कोई व्यवस्था न की गई हो तो लिखें "कोई कार्रवाई नहीं की गई" Does the patient need HOSPITALISATION? (If yes, Indicate arrangements made or, If none were made indicate *NO ACTION TAKEN*)	। 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 : नहीं/No <input type="checkbox"/> हां/Yes <input type="checkbox"/> कार्रवाई/Action
एम्बिए/MEDA14		। ख। गंतव्य स्थान पर आगमन के साथ (b) upon arrival at DESTINATION नहीं/No <input type="checkbox"/> हां/Yes <input type="checkbox"/> कार्रवाई/Action
एम्बिए/MEDA15	आपके रोगी के सुख और सुविधा पूर्वक वहन के हित में अन्य अभ्युक्तियां या सूचना Other remarks or information in the interest of your patient's smooth and comfortable transportation :	कोई नहीं <input type="checkbox"/> यदि कोई हो तो None <input type="checkbox"/> उल्लेख करें Specify if any (**) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
एम्बिए/MEDA16	जांचकर्ता चिकित्सक द्वारा की गई अन्य व्यवस्थाएं Other arrangements made by the attending physician :	

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 चिकित्सक 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 वज्र ।*।
 उपलब्ध कराने के संदर्भ में संगत शुल्क से यदि कोई 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.

तारीख Date :	स्थान Place :	जांचकर्ता चिकित्सक के हस्ताक्षर Attending Physician's Signature
-----------------	------------------	--------------------------------------------------------------------