

PART II		M E D I C A L I N F O R M A T I O N S H E E T			
To be completed by the PHYSICIAN of Bamboo Airways's appointed Medical Center	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 MEDIF I attached. If the passenger is acceptable, this information will permit the issuance of the necessary directives designed to provide for the passenger's welfare and comfort. The PHYSICIAN diagnostician is requested to ANSWER ALL QUESTIONS. (Enter a cross "x" in the appropriate "YES" or "NO" boxes, and/or give precise concise answers).	The form must be returned to <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">(Carrier's Designated Office)</div>			
COMPLETING OF THE FORM IN BLOCK LETTERS OR BY TYPEWRITER WILL BE APPRECIATED.					
MEDA 01	NAME:		Male/Female		Age:
MEDA 02	Name of the PHYSICIAN: Address: Telephone Contact	Business:	Home:		
MEDA 03	MEDICAL DATA - DIAGNOSIS in details (including vital signs) - Day/month/year of first symptoms:	Date of Operation:	Date of diagnosis:		
MEDA 04	PROGNOSIS for the anticipated trip:				
MEDA 05	Contagious AND communicable disease?	No <input type="checkbox"/>	If YES, specify:		
		Yes <input type="checkbox"/>			
MEDA 06	Is patient in any way OFFENSIVE to other passengers (smell, appearance, conduct)?	No <input type="checkbox"/>	If YES, specify:		
		Yes <input type="checkbox"/>			
MEDA 07	Can patient use normal aircraft seat with seatback placed in the UPRIGHT position when so required?	No <input type="checkbox"/>			
		Yes <input type="checkbox"/>			
MEDA 08	Can patient take care of his own needs on board UNASSISTED (*) (including meals, visit to toilet, etc...)?	No <input type="checkbox"/>	If NO, type of help needed?		
		Yes <input type="checkbox"/>			
MEDA 09	Does the patient need ESCORT? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	If YES, is the arrangement proposed in MEDIF I/E hereof satisfactory for you? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>			
		If NO, type of escort proposed by YOU:			
MEDA 10	Does patient need OXYGEN(**) equipment in flight? (if YES, state rate of flow)	No <input type="checkbox"/>	Litres (per/minute)	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Continuous? No <input type="checkbox"/>
		Yes <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/>
MEDA 11	Does patient need any MEDICATION (*), other than self-administered and/or the use of special apparatus such as respirator, incubator, etc.(**)...?	(a) on the GROUND while at the airport(s)	No <input type="checkbox"/>	If YES, specify:	
MEDA 12		(b) on board of the AIRCRAFT	No <input type="checkbox"/>	If YES, specify:	
			Yes <input type="checkbox"/>		
MEDA 13	Does patient need HOSPITALISATION? (if YES, indicate arrangements made. If NO were made, indicate "NO ACTION TAKEN")	(a) during long layover or nightstop at CONNECTING POINTS en route	No <input type="checkbox"/>	Specify:	
MEDA 14		(b) upon arrival at DESTINATION	No <input type="checkbox"/>	Specify:	
			Yes <input type="checkbox"/>		
MEDA 15	Other remarks or information in the interest of your patient's smooth and comfortable transportation	No <input type="checkbox"/>	If YES, specify (**)		
		Yes <input type="checkbox"/>			
MEDA 16	Other arrangements made by the physician				
(*) NOTE		Cabin attendants are NOT authorized to give special assistance to particular passengers, to the detriment of their service to other passengers. Additionally, they are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection, or to give medication.			
(**) IMPORTANT		ALL FEES FOR PROVIDING SPECIAL EQUIPMENT ARE TO BE PAID BY THE PASSENGER CONCERNED			
Date	Place	Physician's name and signature. Stamp of Bamboo Airways's appointed Medical Center (Full name)			
PASSENGER'S DECLARATION					
I hereby authorize..... (name of the PHYSICIAN of Bamboo Airways's appointed Medical Center)					
to provide the airlines with the information required by those airlines for the purpose of determining my fitness for carriage by air. I hereby relieve that physician of his/her professional duty of confidentiality in respect of such information, and agree to meet such physician's fees in connection therewith.					
I take note that if accepted for carriage, my journey will be subject to the general conditions of carriage/tariffs of the carrier concerned and that the carrier does not assume any special liability exceed those conditions/tariffs.					
I agree to reimburse the carrier upon demand for any special expenditures or costs in connection with my carriage.					
Date	Place	Signature of Passenger (Full name)			

PHẦN II		PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE	
Do bác sĩ tại cơ sở y tế được Bamboo Airways chấp nhận khám sức khỏe ghi		<p>Tài liệu này dùng để cung cấp các thông tin xác thực cho Hãng vận chuyển để xác định tình trạng sức khỏe của hành khách đi máy bay được chỉ rõ trong MEDIF I khi hành khách được chấp nhận chuyên chở. Những thông tin này đưa ra những hướng dẫn cần thiết nhằm cung cấp cho khách những điều kiện tốt nhất. Bác sĩ khám cho khách sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi (Đánh dấu "X" vào các ô thích hợp CÓ hoặc KHÔNG) hoặc đưa ra các câu trả lời chính xác và ngắn gọn.</p> <p>Các ô trong bản này được điền bằng chữ in hoa hoặc chữ đánh máy.</p>	
		Tài liệu này phải được chuyển về	
		Văn phòng được chỉ định của hãng vận chuyển	
MEDA 01	Tên hành khách:	Nam/Nữ	Tuổi:
MEDA 02	Tên của bác sĩ khám: Địa chỉ: Số điện thoại liên lạc:	Nơi làm việc:	Nhà riêng:
MEDA 03	Các dữ liệu y tế: Chẩn đoán chi tiết (bao gồm cả những biểu hiện có liên quan đến tính mạng). Ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên:	Ngày phẫu thuật:	Ngày chẩn đoán:
MEDA 04	Dự đoán chiều hướng bệnh tật của khách đối với hành trình bay dự kiến:		
MEDA 05	Có bệnh truyền nhiễm không?	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	Nếu CÓ, ghi rõ:
MEDA 06	Người bệnh có gây khó chịu cho những hành khách khác không (mùi, hình dáng, cách cư xử)?	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	Nếu CÓ, ghi rõ:
MEDA 07	Người bệnh có sử dụng được loại ghế bình thường trên máy bay với lưng ghế dựng thẳng khi có yêu cầu?	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	
MEDA 08	Người bệnh có thể tự phục vụ trên máy bay không (*) (bao gồm ăn uống, đi vệ sinh...)?	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	Nếu KHÔNG, cần giúp đỡ gì?
MEDA 09	Có cần người đi cùng hay không? Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	Nếu CÓ, các điều kiện trong phần MEDIF I/E có được chấp nhận không? Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Nếu KHÔNG, ghi rõ các yêu cầu về người đi cùng:	
MEDA 10	Hành khách có cần dùng bình ô-xy (**) trong khi bay? (Nếu CÓ, ghi rõ lưu lượng khí)	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	Lưu lượng (lít/phút) <input type="text"/> Liên tục? Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>
MEDA 11	Người bệnh có cần dùng loại thuốc (*) nào khác ngoài loại thuốc tự mang theo hoặc có sử dụng loại dụng cụ đặc biệt như máy hô hấp, lồng nuôi trẻ em thiếu tháng (**)...	(a) Tại mặt đất	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Nếu CÓ, ghi rõ :
MEDA 12		(b) Trên máy bay	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Nếu CÓ, ghi rõ :
MEDA 13	Hành khách có cần cấp cứu tại điểm đến (Nếu CÓ, ghi rõ việc bố trí như thế nào, Nếu KHÔNG, ghi rõ "Không cần cấp cứu")	(a) Trong thời gian trung chuyển	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Ghi rõ :
MEDA 14		(b) Khi đến sân bay cuối cùng	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Ghi rõ :
MEDA 15	Các thông tin quan trọng khác có liên quan đến việc vận chuyển an toàn hành khách	Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>	Nếu CÓ, ghi rõ (**)
MEDA 16	Các bố trí khác do bác sĩ khám chỉ định		
(*) GHI CHÚ		Tiếp viên không có trách nhiệm phục vụ đối với từng hành khách riêng biệt, tránh ảnh hưởng đến việc phục vụ những hành khách khác. Mặt khác, tiếp viên chỉ được đào tạo sơ cứu, không được phép tiêm hoặc cho uống thuốc.	
(**) ĐẶC BIỆT LƯU Ý		Các chi phí nếu có và chi phí cung cấp các thiết bị đặc biệt của Hãng vận chuyển do hành khách chịu.	
Ngày	Địa điểm	Chữ ký của Bác sĩ và dấu của cơ sở y tế được Bamboo Airways chấp nhận (Ghi rõ họ tên)	
CAM KẾT CỦA HÀNH KHÁCH Tôi ủy quyền cho:..... (Tên của bác sĩ tại cơ sở y tế được chấp nhận của Bamboo Airways) cung cấp cho Hãng vận chuyển những thông tin theo yêu cầu của Hãng vận chuyển nhằm xác nhận sức khỏe của tôi có thể đi bằng đường không với điều kiện những thông tin này được giữ kín trong phạm vi sử dụng của nó và tôi đồng ý chịu mọi chi phí cho bác sĩ khi thực hiện điều trên. Tôi cũng biết rằng, nếu được chấp nhận vận chuyển, hành trình bay của tôi sẽ phụ thuộc vào điều kiện chuyên chở biểu giá của Hãng vận chuyển có liên quan và Hãng vận chuyển này sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm nào vượt quá các điều kiện trong biểu giá đó. Tôi cũng đồng ý trả cho Hãng vận chuyển mọi chi phí đặc biệt phát sinh có liên quan đến việc vận chuyển của tôi.			
Ngày	Địa điểm	Chữ ký của Hành khách (Ghi rõ họ tên)	