

Please fill out this form and send by email to [medicalrequest@klm.com](mailto:medicalrequest@klm.com)  
 Por favor, preencha este formulário e envie para e-mail: [medicalrequest@klm.com](mailto:medicalrequest@klm.com)

**INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING SPECIAL ASSISTANCE**  
**FICHA DE INFORMAÇÕES PARA PASSAGEIROS QUE REQUEREM DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL**

**PART 1 (TO BE FILLED IN BY PASSENGER OR LEGAL GUARDIAN)**  
**PARTE 1 (A SER PREENCHIDA PELO PASSAGEIRO OU RESPONSÁVEL LEGAL):**

**1. Patient's name** \_\_\_\_\_  
**Nome do paciente**

Date of birth (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Nationality \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Gênero \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Height (meters) \_\_\_\_\_ Weight (kg) \_\_\_\_\_  
 Altura (Metros) \_\_\_\_\_ Peso (KG) \_\_\_\_\_

**2. Booking reference (PNR)** \_\_\_\_\_  
**Código da reserva (PNR)**

**3. Flight details**  
**Detalhes do voo**

Airline(s), flight number(s) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 Companhia(s) aérea(s), número(s) do voo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

**4. Will the passenger be escorted**  Yes  No  
**O passageiro será acompanhado**  Sim  Não

Medical qualification  Yes  No If yes, what qualification? \_\_\_\_\_  
 Qualificação médica  Sim  Não Se sim, qual qualificação? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

PNR if different \_\_\_\_\_ Nationality \_\_\_\_\_  
 PNR, se diferente \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

**5. Medical condition** \_\_\_\_\_  
**Condição médica**

**6. Wheelchair needed**  Yes  No  
**Necessidade de cadeira de rodas**  Sim  Não

Wheelchair categories\*  WCHR  WCHS  WCHC Own wheelchair  Yes  No  
 Categorias de cadeira de rodas\*  Cadeira de rodas própria  Sim  Não

\* WCHR = passenger cannot walk well, but can use stairs / WCHR = passageiro com dificuldade para caminhar, mas que pode usar escadas  
 WCHS = passenger cannot walk up- and down stairs / WCHS = passageiro que não pode subir e descer escadas  
 WCHC = passenger cannot walk at all / WCHC = passageiro que não pode caminhar

**7. Stretcher needed on board**  Yes  No If yes, please fill in question 8  
**Necessidade de maca a bordo?**  Sim  Não Se sim, preencha a pergunta 8

**8. Ambulance needed on embarking and disembarking station**  Yes  No  
**Necessidade de ambulância na aeroporto de embarque e desembarque**  Sim  Não

Name ambulance company embarking station \_\_\_\_\_  
 Nome da empresa de ambulância na aeroporto de embarque

Phonenumber ambulance company embarking station \_\_\_\_\_  
 Telefone da empresa de ambulância na aeroporto de embarque:

Name ambulance company transit station (if applicable) \_\_\_\_\_  
 Nome da empresa de ambulância na aeroporto de conexão (se aplicável)

Phonenumber ambulance company transit station (if applicable) \_\_\_\_\_  
 Telefone da empresa de ambulância na aeroporto de conexão (se aplicável)

Name ambulance company disembarking station \_\_\_\_\_  
 Nome da empresa de ambulância na aeroporto de desembarque

Phonenumber ambulance company disembarking station \_\_\_\_\_  
 Telefone da empresa de ambulância na aeroporto de desembarque

**9. Special inflight arrangements needed**  Yes  No  
**Necessidade de arranjos especiais a bordo**  Sim  Não

If yes, specify type of arrangements (e.g. extra seat, legrest) \_\_\_\_\_  
 Se sim, especifique o tipo de arranjos (por exemplo, assento extra, apoio para as pernas)

Specify equipment (respirator, incubator, oxygen, etc) \_\_\_\_\_  
 Especificar equipamentos (respirador, incubadora, oxigênio, etc.)

**10. FREMEC (Frequent traveler Medical Card)**  
**FREMEC (Cartão Médico de Viajante Frequente) ou Cartão Saphir**

**or Saphir Card**  Yes  No Nr. \_\_\_\_\_  
**o Cartão Saphir**  Sim  Não N° \_\_\_\_\_

Expiry date \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 Data de validade \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

**11. Data protection and Privacy Consent Declaration**  
**Declaração de Consentimento para Proteção e Privacidade de Dados**

*The personal and medical details you provide on this form will be used by Air France/KLM to handle your request for medical clearance and to arrange the necessary assistance for your travel arrangements. In order to assess and manage your request, and in order to arrange for the appropriate assistance, care and equipment, it may be necessary for Air France/KLM to process and/or disclose your personal and/or medical information to other airlines in your itinerary and to third parties, such as medical professionals, airport and airline staff, service providers, government bodies and border control authorities.*

*You should read Air France/KLM's privacy policy for further information and for the contact details of the data protection officer.*  
[https://www.klm.com/travel/nl\\_nl/customer\\_support/privacy\\_policy/privacy\\_policy.htm](https://www.klm.com/travel/nl_nl/customer_support/privacy_policy/privacy_policy.htm)  
<https://www.klm.com.br/information/legal/privacy-policy>

*You can withdraw your consent at any time by contacting [medicalrequest@klm.com](mailto:medicalrequest@klm.com)*

*Os dados pessoais e médicos fornecidos neste formulário serão utilizados pela Air France/KLM para atender a sua solicitação de liberação médica e para organizar a assistência necessária para suas viagens. Para avaliar e gerenciar sua solicitação, bem como para organizar a assistência, cuidados e equipamentos apropriados, pode ser necessário que a Air France/KLM processe e/ou divulgue suas informações pessoais e/ou médicas a outras companhias aéreas do seu itinerário e a terceiros, como profissionais médicos, funcionários de aeroportos e companhias aéreas, prestadores de serviços, órgãos governamentais e autoridades de controle de fronteira.*

*Você deve ler a política de privacidade da Air France/KLM para obter mais informações e os detalhes de contato do responsável pela proteção de dados.*

KL: <https://www.airfrance.nl/information/legal/edito-psc>

AF: <https://www.airfrance.com.br/information/legal/edito-psc>

*Você pode revogar seu consentimento a qualquer momento, entrando em contato com [medicalrequest@klm.com](mailto:medicalrequest@klm.com)*

*I hereby consent to my personal and/or medical data being processed, used and/or disclosed for the purposes set out above.*

*Eu, por meio deste, consinto que meus dados pessoais e/ou médicos sejam processados, utilizados e/ou divulgados para os fins acima mencionados.*

[Date and place] (dd/mm/yyyy)

[Data e local] (dd/mm/aaaa)

[Passenger name/signature or Legal guardian name/signature]

[Nome/assinatura do passageiro ou nome/assinatura do responsável legal]

**PART 2 (TO BE COMPLETED OR OBTAINED IN ENGLISH FROM THE ATTENDING PHYSICIAN), PLEASE GO TO THE NEXT PAGE**

**PARTE 2 (A SER PREENCHIDA OU OBTIDA EM INGLÊS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL) POR FAVOR, VÁ PARA A PÁGINA SEGUINTE:**

## INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING SPECIAL MEDICAL CLEARANCE FICHA DE INFORMAÇÕES PARA PASSAGEIROS QUE REQUEREM DE AUTORIZAÇÃO MÉDICA ESPECIAL

- 1. Diagnosis** (including date of onset of current illness, episode or accident and treatment, specify if contagious):  
**Diagnóstico** (incluindo data de início da doença atual, episódio ou acidente e tratamento; especifique se é contagioso)

---



---

Nature and date of any recent and/or relevant surgery  
Natureza e data de qualquer cirurgia recente e/ou relevante:

---



---

- 2. Current symptoms and severity**  
**Sintomas atuais e gravidade**

- 3. Additional clinical information**  
**Informações clínicas adicionais**

- |   |                                     |                                    |  |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| a. Normal bladder control<br>Controle normal da bexiga  | <input type="checkbox"/> Yes<br>Sim | <input type="checkbox"/> No<br>Não | If no, give mode of control _____<br>Se não, indicar o método de controle  |
| b. Normal bowel control<br>Controle normal do intestino | <input type="checkbox"/> Yes<br>Sim | <input type="checkbox"/> No<br>Não | If no, give mode of control _____<br>Se não, indicar o método de controle  |
| c. Anemia<br>Anemia                                     | <input type="checkbox"/> Yes<br>Sim | <input type="checkbox"/> No<br>Não | If yes, give recent result _____ mmol/l or _____<br>g/100ml of hemoglobin<br>Se sim, forneça o resultado recente mmol/l ou<br>g/100ml de hemoglobina |

- 4. Will a 25% to 30% reduction in the ambient partial pressure of oxygen (relative hypoxia) affect the passenger's medical condition?** (Cabin pressure to be the equivalent of a fast trip to a mountain elevation of 2400 meters (8000 feet) above sea level)  
**Uma redução de 25% a 30% na pressão parcial de oxigênio (hipóxia relativa) afetará a condição médica do passageiro?** (A pressão na cabine será equivalente a uma rápida viagem a uma altitude de 2400 metros (8000 pés) acima do nível do mar)

- Yes       No       Not sure  
 Sim              Não              Não sabe

- 5. Oxygen needed in flight**  
**Necessidade de oxigênio durante o voo**

- a. Oxygen needed in flight?  
Necessidade de oxigênio durante o voo?
- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yes<br>Sim | <input type="checkbox"/> No<br>Não | If yes, complete O <sub>2</sub> rate l/min (on-demand)<br>Se sim, complete com a taxa de O <sub>2</sub> em L/min (sob demanda) |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|

- 1,2       2,0       2,8       3,6       4,4       5,2

- b.  For whole flight  
Para todo o voo
- For stand-by  
Para standby

- c. Is the patient familiar with the Air France-KLM oxygen system (Wenoll WS120)?  
O paciente está familiarizado com o sistema de oxigênio da Air France-KLM (Wenoll WS120)?
- Yes       No  
Sim              Não

(Please note on-demand system not possible for children under 8 years/patients with tracheotomy and very weak passengers. If applicable please contact Air France-KLM directly)  
(Observação: o sistema sob demanda não é possível para crianças menores de 8 anos, pacientes com traqueostomia e passageiros muito fracos. Se aplicável, entre em contato diretamente com a Air France-KLM.)

- d. Does the patient use oxygen at home?  
O paciente usa oxigênio em casa?
- |                                     |                                    |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yes<br>Sim | <input type="checkbox"/> No<br>Não | If yes, specify how much L/min _____<br>Se sim, especifique quanto (L/min) |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|

- e. Has the patient an own O<sub>2</sub> concentrator on board or CPAP?  
O paciente possui seu próprio concentrador de oxigênio de bordo ou CPAP?

- Yes       No      If yes, specify brand name \_\_\_\_\_  
 Sim              Não              Se sim, especifique a marca \_\_\_\_\_

f. Will the patient use this own O<sub>2</sub> concentrator or CPAP on board?  Yes  No  
 O paciente usará seu próprio concentrador de oxigênio de bordo ou CPAP? Sim Não

g. Please specify Saturation on room air \_\_\_\_\_ Date of exam \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 Especifique a saturação em ar ambiente Data do exame (dd/mm/aaaa)

h. Please specify saturation with oxygen supplies \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ l/min  
 Especifique a saturação com suprimento de oxigênio em \_\_\_\_\_ a l/min

**6. Cardiac condition**  
**Condição cardíaca**

Yes  No  
 Sim Não

If no, please go to question 7  
 Se NÃO, vá para a pergunta 7

a. Angina  Yes  No  
 Angina Sim Não

When was last episode? \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 Quando foi o último episódio? (dd/mm/aaaa)

• Is the condition stable?  Yes  No  
 A condição é estável? Sim Não

• Functional class of the patient?  No symptoms  Angina on heavy exertion/activities  
 Classe funcional do paciente? Sem sintomas Angina durante atividades físicas intensas

Angina on light exertion/activities  Angina even at rest  
 Angina durante atividades físicas leves Angina mesmo em repouso

• Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 -12 stairs without symptoms?  
 O paciente consegue andar 100 metros em ritmo normal ou subir 10 a 12 degraus sem sintomas?

Yes  No  
 Sim Não

b. Myocardial infarction  Yes  No  
 Infarto do miocárdio Sim Não

Date (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_  
 Data (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

• Complications?  Yes  No  
 Complicações? Sim Não

If yes, give details \_\_\_\_\_  
 Se sim, forneça detalhes \_\_\_\_\_

• Stress EKG done?  Yes  No  
 Teste de esforço feito? Sim Não

If yes, what was the result, Metz \_\_\_\_\_  
 Se sim, qual foi o resultado? \_\_\_\_\_

• If angioplasty or coronary bypass, can the patient walk 100 meters at normal pace or climb 10–12 stairs without symptoms?  
 Se houve angioplastia ou cirurgia de ponte de safena, o paciente consegue andar 100 metros em ritmo normal ou subir 10 a 12 degraus sem sintomas?

Yes  No  
 Sim Não

c. Cardiac failure  Yes  No  
 Insuficiência cardíaca Sim Não

When was last episode? \_\_\_\_\_  
 Quando foi o último episódio? \_\_\_\_\_

• Is the patient controlled with medication?  Yes  No  
 O paciente está sob o controle de medicação? Sim Não

• Functional class of the patient (NYHA classification)  No symptoms and no limitations  
 Classe funcional do paciente (Classificação NYHA) Sem sintomas e sem limitações

Mild symptoms and slight limitations  
 Sintomas leves e limitações leves

Extreme symptoms and marked limitations  
 Sintomas extremos e limitações marcadas

Symptoms even at rest and severe limitations  
 Sintomas mesmo em repouso e limitações severas

• Is there a known heart ejection fraction?  Yes  No  
 Há uma fração de ejeção cardíaca conhecida? Sim Não

If yes, give percentage \_\_\_\_\_ %  
 Se sim, forneça a porcentagem \_\_\_\_\_

d. Syncope  Yes  No  
 Síncope Sim Não

When was last episode? \_\_\_\_\_  
 Quando foi o último episódio? \_\_\_\_\_

• Investigations  Yes  No  
 Exames realizados? Sim Não

If yes, state results \_\_\_\_\_  
 Se sim, indique os resultados \_\_\_\_\_

**7. Pulmonary condition**  
**Condição pulmonar**

Yes  
Sim  No  
Não

a. Does the patient retain CO<sub>2</sub>?  
O paciente retém CO<sub>2</sub>?  Yes  
Sim  No  
Não

b. Has the patient's condition deteriorated recently?  
A condição do paciente piorou recentemente?  
 Yes  
Sim  No  
Não

c. Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 -12 stairs without symptoms?  
O paciente consegue andar 100 metros em ritmo normal ou subir 10 a 12 degraus sem sintomas?  
 Yes  
Sim  No  
Não

d. Has the patient ever taken a commercial aircraft in these same conditions?  
O paciente já voou em uma aeronave comercial nessas mesmas condições?  
 Yes  
Sim  No  
Não

• If yes when?  
Se sim, quando? \_\_\_\_\_

• Did the patient have any problems?  
O paciente teve algum problema? \_\_\_\_\_

**8. Psychiatric or seizure disorder**  
**Transtorno psiquiátrico ou convulsivo**

Yes  
Sim  No  
Não

If no, please go to question 9  
Se não, vá para a pergunta 9

a. Is there a possibility that the patient will become agitated during a flight?  
Existe a possibilidade de o paciente ficar agitado durante o voo?  
 Yes  
Sim  No  
Não

b. Has he/she taken a commercial flight before?  
O paciente já viajou em voo comercial antes?  
 Yes  
Sim  No  
Não

• If yes, date of travel? (dd/mm/yyyy)  
Se sim, data da viagem? (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

• Did the patient travel alone or escorted?  
O paciente viajou sozinho ou acompanhado?  Alone  
Sozinho  Escorted  
Acompanhado

c. Seizure  
Convulsões  Yes  
Sim  No  
Não

1. What type of seizures?  
Tipo de convulsões \_\_\_\_\_

2. Frequency of the seizures?  
Frequência das convulsões? \_\_\_\_\_

3. When was the last seizure?  
Quando foi a última convulsão? \_\_\_\_\_

4. Are the seizures controlled by medication?  
As convulsões estão controladas por medicação?  Yes  
Sim  No  
Não

### 9. Escort Acompanhante

- a. Is the patient fit to travel unaccompanied?  
O paciente está apto a viajar desacompanhado?  Yes / Sim  No / Não
- b. If no, will the patient have a private escort to take care of his/her needs onboard?  
b. Se não, o paciente terá um acompanhante particular para cuidar de suas necessidades a bordo?  Yes / Sim  No / Não
- c. If yes, who should escort the passenger?  Doctor / Médico  Nurse / Enfermeiro  Other / Outro \_\_\_\_\_  
c. Se sim, quem deve acompanhar o passageiro?
- d. If other, is the escort fully capable to attend to all needs on board?  
Se outro, o acompanhante é plenamente capaz de atender todas as necessidades a bordo?  Yes / Sim  No / Não

### 10. Mobility Mobilidade

- a. Able to walk without assistance?  
Capaz de andar sem assistência?  Yes / Sim  No / Não
- b. Wheelchair required for boarding to aircraft?  
Cadeira de rodas necessária para embarque na aeronave?  Yes / Sim  No / Não
- c. Can the patient sit upright in a normal aircraft seat?  
(if the answer is NO a stretcher will be required)  
O paciente consegue se sentar em uma posição ereta em um assento normal da aeronave?  
(Se a resposta for NÃO, será necessário uma maca.)  Yes / Sim  No / Não

### 11. Medication list Lista de medicamentos

---



---



---



---



---

### 12. Other medical information Outras informações médicas

---



---



---



---



---

### 13. Prognosis for the trip Prognóstico para a viagem

- Good / Bom  Poor / Ruim

**Note:** Cabin attendants are not authorized to give special assistance to particular passengers, they are trained only in first aid and are not permitted to administer any injection, to give medication, or to feed and toilet patient.

**Nota:** Os comissários de bordo não devem prestar assistência especial a passageiros específicos. Eles são treinados apenas em primeiros socorros e não estão autorizados a administrar injeções, fornecer medicação ou alimentar e dar assistência ao paciente no banheiro.

**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.

**Importante:** Quaisquer valores, se aplicáveis, relacionados ao fornecimento das informações acima e para o fornecimento de cuidados especiais pela companhia aérea devem ser pagos pelo passageiro.

**Filled and signed**  
**Preenchido e assinado**

Physician name \_\_\_\_\_ Date (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_  
Nome do médico \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Address / Hospital \_\_\_\_\_  
Endereço / Telefone do hospital \_\_\_\_\_

Email address \_\_\_\_\_  
Endereço de e-mail \_\_\_\_\_

Stamp doctor/hospital (optional)  
Carimbo médico/hospital (opcional)

(Digital) signature  
Assinatura (digital)

**Please submit this form by using the submit by e-mail button below or send to mail: [medicalrequest@klm.com](mailto:medicalrequest@klm.com)**

**Por favor, envie este formulário usando o botão 'Enviar por e-mail' abaixo ou envie para Serviços Médicos do Aeroporto, e-mail: [medicalrequest@klm.com](mailto:medicalrequest@klm.com)**

[Submit by e-mail](#)[Print Form](#)[Enviar por e-mail](#)[Imprimir formulário](#)