

भाग 1 इसे बिक्री कार्यालय / एजेंट द्वारा भरा जाए		चिकित्सा सूचना फार्म M E D I F				PART 1 To be completed by SALES OFFICE / AGENT	
हवाई यात्रा के लिए मानक चिकित्सा संबंधी सूचना फार्म				STANDARD MEDICAL INFORMATION FORM FOR AIR TRAVEL			
सभी प्रश्नों के उत्तर 'हाँ' या 'नहीं' कोष्ठों में काटा चिह्न लगाकर दें। इस फार्म को भरते समय स्पष्ट अक्षरों अथवा टाइपराइटर का प्रयोग करें।				Answer All Questions : Put a cross (X) In "YES" or "NO" boxes Use BLOCK LETTERS or TYPEWRITE when completing this form			
क. नाम / आक्षर / उपनाम		A. NAME / INITIALS/ TITLE					
ख. प्रस्तावित यात्रा (एअरलाइन (नं), / उड़ान संख्या, श्रेणी, तारीख, खण्ड, 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 ? MEDICAL CLEARANCE REQUIRED	
						नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	
घ. क्या विमान पर स्ट्रेचर चाहिए (स्ट्रेचर के साथ कोई अनुरक्षक होना चाहिए।)		D. IS STRETCHER NEEDED ON BOARD? (all stretcher cases MUST be escorted)		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>		अगर जानकारी न हो तो निवेदन व्यक्त करें. Request state if unknown	
ड. अभिप्रेत अनुरक्षक। यदि यात्री से वह भिन्न हो तो उसका नाम, लिंग, आयु, व्यावसायिक अर्हता, खण्ड। अगर प्रशिक्षित न हो तो उल्लेख करें। सह यात्री		E. INTENDED ESCORT (Name, Sex, Age Professional Qualification segments If different from passenger). If untrained state TRAVEL COMPANION				अंधे और / या बहरे के संदर्भ में यह बताएं कि क्या प्रशिक्षित कुत्ता अनुरक्षक के रूप में साथ में है। For blind and / or deaf state If escorted by trained dog	
च. क्या पहिए वाली कुर्सी चाहिए		F. WHEEL CHAIR NEEDED?		कुर्सियों की कोटियाँ: Categories are:		डब्ल्यूसीएचआर WCHR	
नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>				नहीं/No <input type="checkbox"/> हाँ /Yes <input type="checkbox"/>		डब्ल्यूसीएचएस WCHS	
						नहीं/No <input type="checkbox"/> हाँ /Yes <input type="checkbox"/>	
						डब्ल्यूसीएचसी WCHC	
						नहीं/No <input type="checkbox"/> हाँ /Yes <input type="checkbox"/>	
निजी पहिएवार कुर्सी Own wheel chair		सिमटता Collapsible		शक्ति चालित Power driven		बैटरी टाईप (स्पिलेबल) Battery Type (spillable)	
नहीं/No <input type="checkbox"/> हाँ /Yes <input type="checkbox"/>		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>		नहीं/No <input type="checkbox"/> हाँ /Yes <input type="checkbox"/>		नहीं/No <input type="checkbox"/> हाँ /Yes <input type="checkbox"/>	
पहिएदार कुर्सी की कोटि		Wheelchair Category:				बैटरियाँ प्रतिबंधित वस्तुएँ 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	
छ. क्या एम्बुलेंस चाहिए ?		G. AMBULANCE NEEDED?		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>		अगर जानकारी न हो तो दरों का निवेदन करें Request rate(s) If unknown	
एअरलाइन द्वारा इसकी व्यवस्था की जाए		To be arranged by AIRLINES		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>			
एम्बुलेंस कंपनी संपर्क निर्दिष्ट करें		specify Ambulance Company contact					
गंतव्य स्थान का पता लिखें		specify destination address					
ज. अन्य अपेक्षित भू-तल व्यवस्थाएँ		H. OTHER GROUND ARRANGEMENTS NEEDED		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>		यदि हाँ ,तो नीचे हरेक मद के सामने उल्लेख करके सूचना दें If yes, SPECIFY below and Indicate for item	
(क) व्यवस्थापक एअर लाइन या अन्य संगठन		(a) the ARRANGING airline or other organization					
(ख) किसके खर्च पर		(b) at whose EXPENSES &					
(ग) यात्री से मिलने / मदद करने वाले का संपर्क का पता / फोन		(c) CONTACT address / phones, designated to meet / assist the passenger					

1. प्रस्थान वाले एअरपोर्ट पर सुपूर्दगी की व्यवस्थाएँ	1. Arrangements for delivery at airport of DEPARTURE	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	विवरण specify	
2. उड़ानों की मिलान वाले स्थानों पर सहायता की व्यवस्थाएँ	2. Arrangements for assistance at CONNECTING POINTS	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	विवरण specify	
3. आगमन वाले एअरपोर्ट पर मिलने की सुविधाएँ	3. Arrangements for meeting at airport of ARRIVAL	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	विवरण specify	
4. अन्य आवश्यकताएँ या संगत सूचना	4. Other requirements or relevant information	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	विवरण specify	
ट. उड़ान के दौरान विशेष व्यवस्थाएँ, यथा- विशेष भोजन, बैठने की विशेष सुविधा, पाद-पीठ, अतिरिक्त सीट, विशेष उपस्कर आदि ।	K. SPECIAL IN-FLIGHT ARRANGEMENTS NEEDED such as: special meals, special seating, leg rest, extra seat(s), special equipment, etc.	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	यदि हाँ तो प्रत्येक मद के संदर्भ में यह बताते हुए सूचित करें – If Yes, DESCRIBE and Indicate for each Item:	
(क) यह खण्ड जिस पर व्यवस्था चाहिए	(a) SEGMENT(s) on which required			
(ख) एअर लाइन द्वारा व्यवस्था या अन्य किसी पार्टी की व्यवस्था	(b) airline ARRANGED or arranging third party, and			
(ग) खर्च कौन वहन करेगा ?	(c) at whose expense.			
विशेष उपस्कर की व्यवस्था, जैसे ऑक्सीजन आदि के लिए पीछे भाग 2 की हमेशा जरूरत पड़ती है ।	Provision of SPECIAL EQUIPMENT such as oxygen etc. always requires completion of PART 2 overleaf.	(पीछे भा 2 के अंत में दी गई "टिप्पणी" देखें । (See 'Note' at the end of PART 2 overleaf)		
ठ. यदि यात्री के पास "बहुधा आने वाले यात्रियों का मेडिकल कार्ड" है जो इस यात्रा के संदर्भ में भी विधिमान्य हो (फ्रेमेक) ।	I. DOES PASSENGER HOLD A 'FREQUENT PASSENGER'S MEDICAL CARD' VALID FOR THIS TRIP/ (FREMEC)	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	यदि हाँ तो अपने आरक्षण मॉग के साथ फ्रेमेक का विवरण नीचे दें । यदि नहीं, तो इनके लिए वाहक एअरलाइन कंपनी को अतिरिक्त विवरण की आवश्यकता है, जिसे पीछे दिये गये भाग 2 में जाँच करने वाले डॉक्टर से भरवाएँ । If yes, add below PREMEC data to your reservation requests, If no, for it additional data needed by carrying airline(s) have physician In attendance complete PART 2 hereof.	
फ्रेमेक / FREMEC				
(फ्रेमेक संख्या) (FREMEC number)	(जारीकर्ता) (Issued by)	(विधिमान्य अवधि) (Valid unit)	(लिंग) (Sex)	(आयु) Age
				(अक्षमता) (Incapacitation)
(अक्षमता का विषय) (Incapacit. Cont.)			(सीमाएँ) (Limitations)	
यात्री की घोषणा (जहाँ आवश्यकता हो इसे यात्री द्वारा पढ़ा जाए या उसे पढ़ कर सुनाया जाए और उस पर पढ़ने या सुनाने वाले व्यक्ति के तारीख सहित हस्ताक्षर किए जाएँ ।)	मैं एतद्वारा यह घोषणा करता / करती हूँ कि मेरे स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में बयान जारी करने के लिए मेरा चिकित्सक अपने व्यवसाय परक स्व-विवेक से एअरलाइन के चिकित्सा विभाग को हवाई यात्रा के संदर्भ में मेरे स्वास्थ्य संबंधी आरोग्यता के निर्धारण के लिए मेरे स्वास्थ्य की वस्तु-स्थिति का परिचय दे सकता है, ऐसे चिकित्सक की फीस मैं दूँगा/दूँगी और ऐसे चिकित्सा विभाग का अंतिम निर्णय मुझे मान्य होगा, अगर अभिगमन के लिए इसे मान लिया जाता है तो अधोहस्ताक्षरी एतद्वारा यह भी घोषणा करता है कि वह विमान से अभिगमन के कारण अपनी हालत 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 इस बात पर भी अपनी सहमति व्यक्त करता है कि यह अभिगमन के दौरान एअरलाइन्स या अन्य पार्टी द्वारा सभी हानियों के लिए अतिरिक्त खर्चों को वहन करेगा और एतदर्थ वह स्वयं उत्तरदायी होगा ।		PASSENGER'S DECLARATION (Where needed to be read by / to the passenger, dated and signed by him / hers, or on his / her behalf)	I hereby 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 airline 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 agree 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 एअरलाइन उसे और आगे या वापसी की यात्रा कराने के लिए भी मैं बाध्य नहीं हूँगा, अन्यथा स्थिति में एअरलाइन्स द्वारा वहन की शर्त लागू होंगी ।			The undersigned also declares to be informed that the airlines are not obliged in any way to accept him / her for 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 the passenger, dated and signed by him / her or on the behalf.
स्थान Place:	तारीख Date :	यात्री के हस्ताक्षर Passenger's Signature :		

मेडिफ : चिकित्सा (मेडिकल) सूचना-पत्र
MEDIF : MEDICAL INFORMATION SHEET

<p>इसे जाँचकर्ता चिकित्सक द्वारा भरा जाए,</p> <p>इस फार्म का उद्देश्य एअरलाइन के मेडिकल विभाग को गोपनीय सूचना उपलब्ध कराना है ताकि भाग 1 में निर्दिष्ट यात्रा के संदर्भ में यात्री की स्वस्थता का निर्धारण कर सके, यदि यात्री स्वीकार्य है तो इस जानकारी से उन आवश्यक हिदायतों को जारी करने में सुविधा रहेगी जिन्हें यात्री के हित और आराम के लिए निर्धारित किया गया है।</p> <p>अक्षम यात्री के जाँचकर्ता चिकित्सक से अनुरोध है कि यहाँ सभी प्रश्नों के उत्तर दिए जाएँ "हाँ" या "नहीं" के कोष्ठों में से उपयुक्त कोष्ठ में काटा (x) चिह्न लगाया जाए और/या सार रूप में संक्षिप्त उत्तर दिया जाए।</p> <p>इस फार्म को स्पष्ट अक्षरों में या टाईपराईटर की सहायता से भरा जाए</p>	<p>To be completed by ATTENDING PHYSICIAN</p> <p>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>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).</p> <p>COMPLETING OF THE FORM IN BLOCK LETTERS OR BY TYPEWRITER WILL BE APPRECIATED.</p>	<p>इस फार्म को नीचे दिये कार्यालय लौटाया जाए, The form must be returned to</p> <p>(वाहक कंपनी का विशिष्ट कार्यालय) (Carrier's Designated Office)</p>
--	---	--

एअर लाइन्स का संदर्भ कोड Airlines Ref. Code	रोगी का नाम Patients Name	आद्यक्षर Initials	लिंग Sex,	आयु, Age
एमईडीए / MED A01				
एमईडीए / MED A02	जाँचकर्ता चिकित्सक	ATTENDING PHYSICIAN		
	नाम	Name &		
	पता	Address		
	फोन -व्यवसाय / Business		Telephone Contact- आवास Home	
एमईडीए / MED A03	स्वास्थ्य संबंधी विवरण	MEDICAL DETAILS		
	प्रथम लक्षण का दिन/महीना/वर्ष	Day/month/year of first symptoms		
	निदान की तारीख	Date of diagnosis		
एमईडीए / MED A04	यात्रा के संदर्भ में पूर्वानुमान	PROGNOSIS for the trip		
एमईडीए / MED A05	संसर्गज और संक्रामक रोग	Contagious AND communicable deceases?		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	विवरण specify :			
एमईडीए / MED A06	क्या अन्य यात्रियों के लिए यह रोगी किसी भी रूप में अरुचिकर है। (गंध, रूपाकार, आचरण।)	Is patient in any way OFFENSIVE to other passengers? (smell, appearance, conduct)		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	विवरण specify :			
एमईडीए / MED A07	जब कभी जरूरत 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 not required?		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
एमईडीए / MED A08	क्या विमान में यात्री 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.)?		नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	यदि नहीं, तो किस प्रकार की सहायता आवश्यक है।	If not, type of help needed:		

एमईडीए / MED A09	यदि किसी अनुरक्षक की आवश्यकता हो तो क्या आपको भाग 1/ड, में प्रसन्नचित्त व्यवस्था संतोषजनक लगती है	If to be ESCORTED, is the arrangement proposal in PART I/E hereof satisfactory for you?	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	यदि नहीं, तो आप बताएँ कि किस प्रकार के अनुरक्षण की आवश्यकता है।	If not, type of escort proposed by YOU?	
एमईडीए / MED A10	क्या उड़ान के समय रोगी को ऑक्सीजन उपस्कर की आवश्यकता है। (यदि हो तो अंतर्वाह मात्रा बताएं।)	Does patient need "OXYGEN" equipment in flight? (If yes, state rate of flow)	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	निरंतर Continuous?	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>	
एमईडीए / MED A11	अपने आप कर ली जाने वाली चिकित्सा के अथवा क्या रोगी को अन्य किसी चिकित्सा और / या श्वास यंत्र, इनक्यूबेटर आदि, जैसे किसी खास यंत्र की आवश्यकता है?	Does the patient used any "MEDICATION" other than self-administered, and / or the use of special apparatus such as respirator, Incubator, etc**?	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	(क) एअर पोर्ट के भूतल पर	(a) on the GROUND while at the airport (s)	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	विवरण specify :		
	(ख) विमान में सवार होने पर	(b) on the board of the AIRCRAFT	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	विवरण specify :		
एमईडीए / MED A12			
एमईडीए / MED A13	क्या रोगी को अस्पताल में भरती करने की जरूरत है?	Does the patient need HOSPITALISATION?	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	यदि हाँ तो बताएँ कि क्या व्यवस्था की गई है।	(If yes, Indicate arrangements made of.	
	कार्रवाई / Action :		
	यदि कोई व्यवस्था न की गई तो लिखें "कोई कार्रवाई नहीं की गई"	If none were made indicate "NO ACTION TAKEN"	<input type="checkbox"/>
एमईडीए / MED A14	(क) एक उड़ान से दूसरी उड़ान लेने के लिए मार्गस्थ ठहरने या रैन बसेरा करने के दौरान	(a) during layover or nightstop at CONNECTING POINTS on route	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
	(ख) गंतव्य स्थान पर आगमन के साथ	(b) upon arrival at DESTINATION	नहीं / No <input type="checkbox"/> हाँ / Yes <input type="checkbox"/>
एमईडीए / MED A15	आपके रोगों के सुख और सुविधा पूर्वक वहन के में अन्य अभ्युक्तियों या सूचना	Other remarks or information in the interest of your patient's smooth and comfortable transportations	कोई नहीं None <input type="checkbox"/>
	यदि कोई हो तो उल्लेख करें Specify if any (**)		
एमईडीए / MED A16	जाँचकर्ता चिकित्सक द्वारा की गई अन्य व्यवस्थाएँ	Other arrangements made by the attending physicians:	
कैबिन 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 ये केवल प्राथमिक चिकित्सा के लिए प्रशिक्षित होते हैं, उनको इस बात की अनुमति नहीं है कि ये किसी को इंजेक्शन लगाएँ या उसकी चिकित्सा करें।		नोट (*) Note(*):	Cabin attendants are NOT assistance to particular passengers. In the detriment authorized to give special of their service to other passengers. FIRST AID and are NOT PERMITTED in administer any injection or to give medication.
उपयुक्त सूचना की व्यवस्था और वाहक को कोई खास क्षेत्र (*) उपलब्ध कराने के संदर्भ में संगत रूप से यदि कोई शुल्क देय हो तो उसका भुगतान संबंधित यात्री करेगा।		आवश्यक: 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:	जाँचकर्ता चिकित्सक के हस्ताक्षर Attending Physician's Signature	