

航空运输医师声明(POC)

医师声明

在济州航空飞行期间使用便携式制氧机(POC)。

医师声明

必须在预订航班起飞前至少 48 小时到济州航空客户中心登记。

必须在出发前 7 天内签发。

如果健康状况发生变化或便携式制氧机的使用发生变化, 需要由主治医师重写。

请在空中旅行期间随身携带填妥的表格, 并根据要求出示给工作人员。

便携式制氧机(POC)

只有符合美国联邦航空条例(14 CFR Part121)中指定的美国联邦航空管理局(FAA)批准标准的设备才允许在飞行期间使用, FAA 批准的型号名称可以在我司官网(www.jejuair.net)上找到。

如果设备的正常运行或电池的准备出现问题, 责任由旅客承担, 包括电池在内的设备作为随身行李携带, 不能作为托运行李办理。
(移动制氧机和电池不计入规定的手提行李重量和件数)

电池

必须做好准备, 使其可以使用超过最大飞行时间的 150%, 并单独包装和存放, 以防止外部损坏或电流短路。

以下信息必须由乘客的主治医师填写。

※ 请注意机舱内的气压与地面以上8,000英尺的气压相似, 因此氧气分布比地面低25-30%, 请在参考后填写。

乘客姓名:

出生日期:

健康状况

1. 诊断日期：_____ 发病日期：_____
2. 我正在治疗上述乘客，
乘客目前的健康状况允许航空旅行 ☐ 是 ☐ 否
3. 最近 1 个月内健康状况是否恶化
如果是，具体 _____ ☐ 有 ☐ 无
4. 是否存在除 POC 以外航空旅行必须携带的医疗设备
如果有，具体 _____ ☐ 有 ☐ 无

使用便携式制氧机(POC)

1. 目前在地面上使用
如果使用，
☐ 连续使用 ☐ 间歇使用，_____ (连续流量/脉冲计量) ☐ 有____年 ☐ 无
2. 您是否在之前的航空旅行中有过使用它的经验
如果是，您是否遇到过问题或症状恶化？ ☐ 有____年 ☐ 无
3. 使用者是否能对设备发出的声/光警告进行响应并采取恰当的措施？
如果使用者不能，必须由可以采取恰当措施的监护人陪同。 ☐ 是 ☐ 否
4. 航空旅行时的使用计划
- 便携式制氧机的型号：_____
- 便携式制氧机的设置： ☐ 脉冲剂量设置 _____ ☐ 连续流量 _____
- 使用POC： 在航行中 ☐ 连续使用 ☐ 间歇使用
在地面 ☐ 连续使用 ☐ 间歇使用

主治医师姓名：_____ 单位：_____

电话号码：_____ 电子邮件：_____

填写日期：_____ 主治医师签名：_____