

담당 주치의 선생님께

항공 여행 시 기내는 지상과는 다른 여러 환경으로 승객의 질환 악화나 예상치 못한 응급 상황이 발생할 수 있어 아래와 같이 기내 환경에 대해 안내드리오니 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

※ 승객의 항공 여행에 있어 고려해야 할 사항

- **낮은 산소 분압:** 기내는 지상에 비해 약 25-30% 정도 낮은 산소 분압을 보입니다. 만약, 승객이 심장, 폐질환, 빈혈 등이 있는 경우에는 항공 여행 동안 기내 산소를 사용해야 하는지 함께 고려해 주시기 바랍니다.
ex) 뇌졸중 발생 후 2주 이내, Hgb 8.5g/dl 미만 등에서는 기내 산소 필요
- **낮은 압력:** 항공기 이, 착륙시 기내 압력은 변화될 수 있으며 가스 팽창 등으로 통증 유발 및 수술 부위에 영향을 줄 수 있습니다.
ex) 주요 수술 10일 경과, 자연 기흉 완치 후 7일(외상성 기흉 완치 후 14일) 경과 후 탑승 권고
- **기류 변화:** 갑작스러운 기내 기류 변화 발생 및 이, 착륙시 충격으로 인해 특히 척추 질환 등이 있는 경우 영향을 줄 수 있습니다.
ex) 이, 착륙시 좌석 등받이를 90도로 세우지 못하는 경우 Stretcher 이용 장시간 앉아 있기 어려운 경우 Stretcher, 상위 클래스(프레스티지 이상) 이용
- **전문 의료인 부재:** 객실승무원은 일반 승객에 대한 서비스에 지장을 줄 수 있는 환자 승객에 대한 특별한 도움을 제공할 수 없습니다. 또한, 응급처치 교육만 받으므로 주사, 약물 투여 등의 의료업무는 할 수 없음을 알려드립니다.
- **심부정맥 혈전증:** 좁은 좌석, 운동 부족, 낮은 습도 등으로 인해 암, 외상, 고령, 최근 수술력 (hip, knee, or ankle 등) 등이 있는 승객은 심부정맥혈전증 발생 가능성이 높으므로 항혈전 예방치료 필요 여부를 고려하여 주시기 바랍니다.
ex) 수술후 6주 이내에 6시간 이상 비행 스케줄인 경우 항혈전 예방치료 권고

※ 이외 자세한 사항은 IATA Medical Manual 참고해주시기 바랍니다.

항공운송을 위한 의사 소견서 MEDIF_Medical Information Form

1 환자	성명 _____, 나이 _____, 성별 M / F, 신장 _____ cm, 체중 _____ kg
2 항공운송 사유	<input type="checkbox"/> 의학적 목적(수술, 치료 등) <input type="checkbox"/> 여행(관광 등) <input type="checkbox"/> 기타 _____
※ 주증상 및 현병력에 대해 자세히 작성하여 주시기 바랍니다.	
3 진단명	_____
a. 주증상	_____ 발병일 _____
b. 현병력	_____
c. 치료	_____
d. 최근 수술 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 수술명 _____ 시행일 _____ 수술후 합병증 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라면, 구체적으로 _____
e. 최근 입원치료 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 입원일 _____ 퇴원일 _____ 사유 _____
f. 전염력	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4 활력징후	BP _____ / _____ mmHg, PR _____ /min, RR _____ /min, BT _____ °C
의식상태	<input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Drowsy <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Semi-coma <input type="checkbox"/> Coma
5 기저질환	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라면 구체적으로 _____ 승객의 기저질환 조절 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
6 정상 좌석 가능 여부	a. 스스로 거동 가능 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 b. 휠체어 필요 여부 <input type="checkbox"/> 예 (<input type="checkbox"/> 항공기까지 <input type="checkbox"/> 좌석까지) <input type="checkbox"/> 아니오 c. 필요한 좌석 형태 <input type="checkbox"/> Economy class <input type="checkbox"/> Prestige class <input type="checkbox"/> Stretcher * Economy class : 장시간 앉을 수 있고, 좌석등받이를 90도로 세울수 있는 경우 * Prestige class: 장시간 앉아 있기 어려우나, 필요 시 좌석등받이를 90도로 세울수 있는 경우 * Stretcher: 좌석등받이를 90도로 세울수 없는 경우
7 동반자 필요여부	a. 항공기 여행시 동반자 필요 여부 <input type="checkbox"/> 예 (<input type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 기타 _____) <input type="checkbox"/> 아니오 b. '예' 라면, 동반자가 환자에게 필요한 모든 도움 제공 가능 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
8 현재 의약품 사용 여부 (<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오)	a. '예' 라면, <input type="checkbox"/> 경구약 <input type="checkbox"/> 정맥/근육 주사 <input type="checkbox"/> 기타 _____ b. 의약품 목록 _____ c. 기내에서 환자 소지 의약품 사용 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

항공운송을 위한 의사 소견서 MEDIF_Medical Information Form

9 비행 중 사용 할 의료장비 (해당사항 있을 경우에만 표기)

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IV line | <input type="checkbox"/> Foley catheter | <input type="checkbox"/> Nasogastric tube | <input type="checkbox"/> Oximeter |
| <input type="checkbox"/> Ventilator (Mode, TV, RR, FiO2) _____ | | | <input type="checkbox"/> BP monitor |
| <input type="checkbox"/> Suction kit | <input type="checkbox"/> Tracheostomy | <input type="checkbox"/> Intubation | <input type="checkbox"/> Chest tube |
| <input type="checkbox"/> Infusion pump | <input type="checkbox"/> Nebulizer | <input type="checkbox"/> Splint/Cast | <input type="checkbox"/> Other _____ |

- * 대한항공에서는 산소 / Stretcher 이외 의료장비는 제공하지 않습니다.
- * Ventilator 사용시 대한항공 제공 의료용 산소와 연결 가능한지 확인이 반드시 필요합니다.
- * 기내 사용 전기 의료장비는 반드시 Battery Type 으로 사전에 준비되어야 합니다.
- * IV 수액은 Plastic bag type으로 준비되어야 하며, 의료진 동반이 필요합니다.

10 비행 중 산소 필요 여부 (□ 예, □ 아니오)

- | | | |
|------------------|--|--|
| a. 지상산소 필요 여부 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| b. 기내 산소 제공 Type | <input type="checkbox"/> 대한항공 산소 | <input type="checkbox"/> Portable Oxygen Concentrator(승객 준비) |
| c. 필요한 산소 용량 | _____ L/min | <input type="checkbox"/> Continuous <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Prepare |
| d. 마스크 타입 | <input type="checkbox"/> Nasal cannula | <input type="checkbox"/> Facial mask <input type="checkbox"/> Bag valve mask |
| | <input type="checkbox"/> Reservoir oxygen mask | <input type="checkbox"/> Other _____ |

- * Hgb 8.5g/dl 미만인 경우 산소 사용을 권고합니다.
- * 대한항공 산소는 2~8L/min 제공 가능합니다.

11 호흡기계 질환 (□ 예, □ 아니오)

- | | | |
|---|---|---|
| a. 최근 상태 악화 여부 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| b. 호흡곤란 여부 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| c. ABGA | 시행일 _____ | PH _____ PCO ₂ _____ PO ₂ _____ SaO ₂ _____ % |
| | | (검사시 산소 공급 여부 <input type="checkbox"/> 예 _____ L/min <input type="checkbox"/> 아니오) |
| d. O ₂ Saturation | 시행일 _____ | 결과 _____ % (검사시 산소 공급 여부 <input type="checkbox"/> 예 _____ L/min <input type="checkbox"/> 아니오) |
| e. Anemia | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 Hgb _____ g/dl |
| f. 증상 없이 정상속도로 100미터를 걷거나 1층 계단을 오를수 있는지 여부 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| g. 흉부 방사선 검사 (X-ray, CT 등) | 시행일 _____ | 결과 _____ |

12 심장 질환 (□ 예, □ 아니오)

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| a. 마지막 episode 일자 | _____ | | |
| b. Stable condition | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| c. 약물복용으로 증상 조절 여부 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| d. Functional class (NYHA class) | <input type="checkbox"/> Class I | <input type="checkbox"/> Class II | <input type="checkbox"/> Class III <input type="checkbox"/> Class IV |
| e. 합병증 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 | '예'라면, 구체적으로 _____ |
| f. 마지막 EKG | 시행일 _____ | 결과 _____ | |
| g. Echocardiogram | 시행일 _____ | 결과 _____ | EF: _____ % |
| h. Angioplasty / Coronary bypass | 시행일 _____ | 결과 _____ | |

항공운송을 위한 의사 소견서 MEDIF_Medical Information Form

13 뇌혈관 질환 (허혈성 뇌졸중, 뇌출혈 등 / <input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오)	
a. 최근 상태 재발, 악화 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
b. Brain CT/MRI	시행일 _____ 결과 _____
c. Motor power grade (R/L)	Upper extremity / Lower extremity /
* Stroke 발생 2주 이내인 경우 기내 산소 공급을 권고합니다.	
14 부상 (<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오)	
a. 원인	<input type="checkbox"/> 교통사고 <input type="checkbox"/> 낙상 <input type="checkbox"/> 화상 <input type="checkbox"/> 기타 _____
b. Traumatic brain injury	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라면, 구체적으로 _____
c. Brain CT/MRI	시행일 _____ 결과 _____
d. Internal organ injury	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라면, 구체적으로 _____
e. Thoracic/Orthopedic injury(fracture)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라면, 구체적으로 _____
15 정신과적 질환 (<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오)	
a. 기내에서 증상이 일어날 가능성	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
b. 자해/타해 가능성	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
c. 복용약으로 조절가능 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
16 뇌전증(발작) (<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오)	
a. Seizure type	_____
b. Frequency/Duration	_____
c. 마지막 seizure 발생일	_____
d. 복용약으로 조절가능 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
17 암 (<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오)	
a. 진단명, 병기(Stage)	_____
b. Chemotherapy/Radiotherapy 시행 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예' 라면, 시행일 _____
c. 타 기관 전이여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예' 라면, 전이부위 _____
d. 통증 조절 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 통증조절 방법 _____
18 DNAR(Do Not Attempt Resuscitation) 여부 (<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오)	
19 이상의 내용을 토대로 승객의 항공기 탑승 여부 적합성 <input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합 '부적합'하다면 사유 _____ 기타 의견 (호송시 주의 사항 등) _____ _____	

동 양식은 대한항공 의료진에 의해 검토되며, 필요 시 추가 정보 확인을 위해 주치의께 연락할 수 있으니 연락 가능한 연락처를 작성해 주시기 바라며, 모든 항목을 빠짐없이 작성 부탁드립니다.

주치의	성명	소속 병원	전문과
	전화번호	E-mail	
	서명	작성일	