

## INFORMAZIONI MEDICHE RISERVATE

### Informazioni generali

Le informazioni fornite ad AfroNine Tour srl, che è autorizzata ad inoltrarle e renderle accessibili a tutti i corrispondenti e/o collaboratori locali e/o assicurazioni sia in Italia che all'estero. Esse saranno custodite con la massima riservatezza e usate solo con l'intento di fornire tutte le cure mediche necessarie e /o per valutare l'idoneità sia fisica che mentale per il viaggio. Sottolineiamo che questo potrebbe includere anche la trasmissione di informazioni rilevanti a nessuno/tutti gli stati che potreste visitare o all'ufficio di AfroNine, ma solo se necessario. La raccolta, l'uso e la condivisione delle vostre informazioni personali è controllata da AfroNine Tour Srl. Il regolamento della privacy è disponibile accedendo al sito internet [www.afroline.it](http://www.afroline.it)

### Come compilare il modulo

Tutti i viaggiatori di età superiore ai 65 anni devono completare le sezioni "A" e "B". Se in tali sezioni avete indicato che avete delle patologie pre-esistenti, è necessario che compilate anche la sezione "C". Maggiori saranno le informazioni date ad AfroNine e/o ai suoi collaboratori, maggiore sarà la possibilità di fornire la miglior assistenza medica nell'improbabile caso di un'emergenza.

Sottolineiamo che AfroNine e/o i suoi collaboratori valuteranno le informazioni raccolte nel modulo, riservandosi il diritto di chiedere una ulteriore valutazione medica per qualsiasi viaggiatore.

Consigliamo di consultare il Vostro medico di fiducia e qualsiasi altra persona a conoscenza delle vostre condizioni di salute e dei vostri bisogni prima di imbarcarsi in qualsiasi viaggio avventuroso. Assicuratevi di aver avuto l'idoneità a intraprendere il viaggio da voi prenotato da personale medico qualificato

### Perchè è necessario compilare questo modulo?

I nostri tour potrebbero svolgersi in aree remote con limitate o assenti strutture mediche. La possibilità di una emergenza medica è molto remota, tuttavia, se dovesse accadere, saremo dotati di tutte le informazioni necessarie per assistervi al meglio.

Generalmente i nostri tour sono indicati ed adatti a per viaggiatori in buona salute, per loro sicurezza e quella dei compagni di viaggio. Per questo dovete fornire delle informazioni complete, accurate e aggiornate, al fine di permettere ad AfroNine e/o ai suoi collaboratori di farvi viaggiare in sicurezza. AfroNine e/o i suoi collaboratori si riservano il diritto di negare la partenza a tutti i viaggiatori non idonei a partecipare al tour in sicurezza,

Se non dichiarate una condizione medica, infermità, o malattia e vi rivelate durante il viaggio non idonei a continuare, AfroNine e/o i suoi collaboratori si riservano il diritto di interrompere il Vostro viaggio senza rimborso.

In caso di cambiamenti delle vostre condizioni di salute in un periodo successive alla compilazione del modulo, siete pregati di notificarci il prima possibile la natura di tale cambiamento. AfroNine e/o i suoi

collaboratori si riservano il diritto di richiedere una nuova valutazione medica aggiornata.

Se le informazioni contenute nel modulo si riveleranno non accurate o non veritiere, alla data di inizio del tour, e non abbiamo avuto nessuna informazione da parte vostra in questo senso ed in tempo utile, Afronine e/o i suoi collaboratori si riservano il diritto di cancellare la partecipazione del viaggiatore dal tour senza rimborso. Il modulo deve essere consegnato 10 settimane prima della partenza, o immediatamente alla conferma di partecipazione.

### **Cosa succede se non compilo il modulo**

Nel caso abbiate prenotato un viaggio con Afronine Tour srl, e successivamente non inviate questo modulo, completo di tutte le informazioni richieste, per qualsiasi motivo entro l'ultima data utile di pagamento, come specificato nelle nostre condizioni contrattuali, Afronine si riserva il diritto di considerare la vostra prenotazione come se fosse stata annullata quel giorno, e saranno applicati di conseguenza eventuali costi di cancellazione e penalità.

### **Come completare questo documento?**

E' estremamente importante per la vostra salute e sicurezza, che rispondiate a tutte le domande e in maniera completa e sincera. Nell'improbabile caso vi sia una emergenza medica, le informazioni fornite in questo documento saranno cruciali per la vostra assistenza. Tutti I viaggiatori devono compilare e consegnare le sezioni "A" e "B".

Se rispondete "si" a una qualsiasi domanda della sezione "B", procedete a compilare anche la sezione "C".

La parte 1 della sezione "C" deve essere compilata da voi, la parte 2 dal Vostro medico di fiducia. Entrambi dovete firmare il documento nelle sezioni "A", "B" e "C".

## SEZIONE A – INFORMAZIONI GENERALI - Compilare tutti i campi

Nome \_\_\_\_\_

Numero di prenotazione \_\_\_\_\_

Nome del tour \_\_\_\_\_

Data di partenza \_\_\_\_\_

## SEZIONE B – INFORMAZIONI MEDICHE - Compilare tutti i campi

- 1 **Durante gli ultimi 5 anni, ha sofferto di qualche patologia significativa, è stato ospedalizzato o ha avuto bisogno di regolari cure mediche ?** Si  No
- 2 **Ha mai sofferto o soffre di una delle seguenti condizioni?**
- a) *Tubercolosi, bronchite cronica, enfisema o altri problemi polmonari?* Si  No
- b) *L'asma influisce sulle mie attività quotidiane e/o regolarmente prendo medicinali o uso un inalatore* Si  No
- c) *Ipertensione arteriosa, problemi cardiaci o febbre reumatica?* Si  No
- d) *Gotta, artrite o problemi a schiena, gambe o piedi?* Si  No
- e) *Ulcera gastrica o duodenale, colite o altri problemi intestinali?* Si  No
- f) *Epilessia o convulsioni di altra natura?* Si  No
- g) *Malattie a reni o vescica?* Si  No
3. **Ha qualche limitazione fisica, disabilità o porta protesi? Ha difficoltà a camminare o utilizza tutori per aiutarsi a camminare come stampelle, bastone o sedia a rotelle?** Si  No
- Se sì, specifici \_\_\_\_\_
4. **Assume già una terapia ?** Si  No
5. **Soffre di allergie a qualche farmaco?** Si  No
- Se sì, specifici \_\_\_\_\_
6. **E' affetto da qualsiasi altra condizione non indicata nelle opzioni precedenti?** Si  No
- Se sì, specifici \_\_\_\_\_

L'Africa è dotata di davvero poche strutture sanitarie all'avanguardia, che potrebbero non essere raggiungibili lungo i nostri itinerari. Anche se ogni mezzo di trasporto è dotato di una farmacia da viaggio contenente farmaci essenziali ed forniture mediche basiche, vi chiediamo di compilare questo modulo in modo tale da poter fornire le cure più appropriate, se necessario. Questo tipo di viaggi sono destinati a persone in buona salute, autonome e senza limitazioni alla mobilità. Ai viaggiatori non idonei a lunghi viaggi per qualsiasi motivo, inclusi problemi di deambulazione, disabilità, condizioni cardiache o di altra natura, è sconsigliato prendere parte a queste tipologie di tour, che potrebbero comportare rischi per la vostra salute e problemi ai vostri compagni di viaggio a godersi la vacanza. Se una di queste condizioni mediche si rivelasse prima della partenza o durante il viaggio, Afronine e/o i suoi collaboratori si riservano il diritto di negare la partenza o interrompere la partecipazione, di ogni viaggiatore sia prima della partenza che durante il tour.

**Con questo documento mi dichiaro in buona salute e idoneo a svolgere le attività proposte in questo tour. Inoltre dichiaro di essere autonomo e di non essere un impedimento alla buona riuscita del tour. Sono consapevole che il tour potrebbe svolgersi in luoghi lontani dalle strutture sanitarie e che sia richiesto ad ogni componente del gruppo di essere autosufficiente. Dichiaro di non essere stato recentemente interessato ad alcun trattamento sanitario, nè di soffrire per una condizione o disabilità che potrebbero mettere a rischio me stesso o altri membri del viaggio. Concordo che se ci dovessero essere dei cambiamenti nelle mie condizioni fisiche e/o di salute dopo la compilazione di questo modulo, notificherò tali cambiamenti ad Afronine e/o i suoi collaboratori e, se richiesto, procurerò un altro modulo aggiornato. Sono consapevole del fatto che, nel caso non fornissi le informazioni richieste ad Afronine e/o i suoi collaboratori, potrei essere soggetto a cancellazione della mia prenotazione senza rimborso o risarcimento.**

Dichiaro che le risposte da me fornite sono vere e complete, autorizzo l'inoltro e l'utilizzo di queste informazioni ad Afronine e/o i suoi collaboratori.

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

---

Firma del cliente

---

Data

### **SEZIONE C – Modulo per il medico**

Se avete risposto “Sì” ad una qualsiasi delle domande della sezione “B”, vi chiediamo di procedere con la compilazione di questa sezione. La parte 1 deve essere compilata dal partecipante, la parte 2 dal Vostro medico di fiducia. Alla fine di questo documento sarà richiesta sia la vostra firma che quella del Vostro medico curante. Una volta completato, vi chiediamo di inviarcene copia con immediatezza.

Informatevi sui dettagli del viaggio, le richieste fisiche, il luogo di svolgimento del tour e la disponibilità di strutture sanitarie. Sentitevi libero di contattare il Vostro agente di viaggio o Afronine Tour srl qualora aveste bisogno di ulteriori informazioni riguardo tali dettagli. Alla luce di tali informazioni, chiediamo a voi e al Vostro medico curante di compilare questo modulo.

#### **Parte 1 – deve essere compilata dal partecipante**

Nome \_\_\_\_\_  
Numero di prenotazione \_\_\_\_\_  
Nome del tour \_\_\_\_\_  
Data di partenza \_\_\_\_\_

Si sottolinea che le informazioni fornite potrebbero essere inoltrate a terze parti per assicurare un viaggio sicuro e confortevole.

Tutte le informazioni saranno custodite secondo le regole di privacy di Afronine e/o dei suoi collaboratori, tali informazioni saranno condivise solo con coloro ne abbiano bisogno per poter espletare la loro opera.

#### **Parte 2 – deve essere compilata dal Medico curante**

I nostri tour si svolgono in aree con strutture sanitarie limitate o inesistenti. Tali escursioni sono rivolte a viaggiatori in buona salute, che non soffrano di malattie gravi o abbiano una condizione clinica difficile, per le cui cure potrebbero essere necessarie strutture mediche specialistiche..

Nome del medico \_\_\_\_\_  
Telefono ed email \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

**Per favore elenchi le condizioni mediche, infermità, disabilità o limitazioni fisiche presenti**

---

---

**Per favore indicare la attuale terapia in corso. Se si necessita più spazio, allegare una lista separata**

| Nome commerciale | Principio attivo | Dosaggio | Frequenza | Effetto |
|------------------|------------------|----------|-----------|---------|
|------------------|------------------|----------|-----------|---------|

---

---

---

---

---

---

**Se il paziente è stato ospedalizzato o ha subito un intervento chirurgico negli ultimi 5 anni, per favore specificare dove e perché.**

---

---

---

Ho letto i dettagli del viaggio, e sono a conoscenza delle richieste fisiche e che il tour si svolgerà anche in aree remote, incluse aree distanti da strutture sanitarie. Sono consapevole inoltre che i mezzi di trasporto non sono dotati di equipaggiamento medico professionale e di personale medico/infermieristico.

Alla luce di questo, ritengo che il partecipante sia fisicamente e psicologicamente idoneo ad intraprendere tale viaggio.

Dichiaro inoltre che le risposte da me fornite sono complete e veritiere  
Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

**Firma del medico**

**Firma del paziente**

**data**

**data**