

MEDICAL SCREENING FORM

宾客医疗评估表（由宾客个人医生审核）

尊敬的宾客：

在南极等偏远地区，HX 探险活动运行的地方医疗设施有限或几乎不存在。虽然发生医疗紧急情况的可能性较低，但做好准备至关重要。在极少数情况下出现紧急状况时，船上的医疗专业人员必须掌握关键的健康信息，以便及时提供援助。HX 探险活动面向身体状况良好的宾客，既重视宾客自身安全，也重视同行旅客的安全。

作为旅游运营商和邮轮公司，HX 探险活动自豪地成为 IAATO（国际南极旅游运营协会）会员，这意味着公司承诺遵守前往偏远和特殊区域的特定安全法规和指南。这项承诺还包括确保所有旅客愿意进行必要的健康检查，以证明其具备参与探险活动的基本健康条件。

因此，旅客在登船前必须经过“适合旅行”评估。这项评估对传递旅行文件及获得登船许可至关重要。

为简化流程，HX 探险活动与 VIKAND 医疗解决方案公司合作，利用我们在邮轮相关医疗服务方面的专业知识。为加快健康检查流程，请您亲自填写以下宾客健康问卷。

每位宾客填写此表格约需 5 至 15 分钟。请准备好以下信息：护照号码；旅行保险信息（包括保单号，如已投保）；紧急联系人信息；以及您正在服用的药物名称和剂量。

为了避免宾客对自己或他人造成健康风险，我们可能不得不拒绝部分患有特定健康状况的宾客。这一决定将根据个案进行判断。如果您的健康状况需要药物控制，请务必携带足够的处方药，因为船上可能无法提供。

宾客还应注意，即使可提供医疗撤离服务，其费用也可能非常高。因此，所有宾客必须购买 HX 探险活动条款和条件中所述的旅行保险。在航行过程中，如果出现任何医疗状况，HX 探险活动保留不允许宾客继续留在船上的权利。

请务必在探险出发前至少六周完成宾客问卷，并由医生（您自己的医生或 VIKAND 医生）填写相关部分。提交的信息将由 VIKAND 医疗解决方案公司评估。

您通过此表格提供给 VIKAND 的信息将严格保密，仅用于紧急医疗救助和/或评估您是否适合旅行。

TRAVELER'S SUBMISSION ID: _____

旅行者信息 Traveler's Information:

名和中间名（与护照一致） First and Middle Name (same as passport): _____

姓（与护照一致） Last Name (same as passport): _____

性别 Gender: _____

护照号码 Passport Number: _____

船名 Name of ship: _____

出生日期（日/月/年） Date of Birth (dd/mm/yyyy): _____

登船日期（日/月/年） Date of embarkation (dd/mm/yyyy): _____

旅行保险 Traveller's Insurance Information:

旅行保险公司名称 Name of Travel Insurance

Provider / Company: _____

旅行保险公司紧急电话（含国家区号） Travel Insurance Provider

Emergency Number (incl country code): _____

保单号 Policy Number: _____

☐ 我同意在探险过程中随身携带旅行保险单的副本，并理解在需要撤离的紧急医疗事件中可能会被要求出示。 I agree to carry a copy of my travel insurance policy with me on the expedition and understand that it may be requested in the event of a medical emergency requiring evacuation.

☐ 我确认我的旅行保险为从目的地进行医疗遣返提供了充分的保障。 Does your travel insurance provide sufficient coverage for medical repatriation from the destination to which you are travelling?

☐ 我确认我的旅行保险在我预订航程的整个期间内持续有效且保障充分。 I confirm that my travel insurance remains active and sufficient for the entire duration of my booked voyage.

紧急联系人 Emergency Contacts:

联系人 1 Contact 1:

名字 First Name: _____

姓氏 Last Name: _____

关系 Relationship: _____

电话号码 Phone number: _____

联系人 2 Contact 2:

名字 First Name: _____

姓氏 Last Name: _____

关系 Relationship: _____

电话号码 Phone number: _____

旅客健康声明 Traveller's Health Declaration:

- ☐ 我确认我的整体健康状况良好，并能够在此次探险中进行正常活动。 I confirm that I am in good general health, and capable of performing normal activities on this expedition.
- ☐ 我进一步确认在探险过程中能够自理，不会影响探险的进程或其他宾客的体验。 I further confirm that I am capable of caring for myself during the expedition, and that I will not impede the progress of the expedition or the enjoyment of others aboard.
- ☐ 我理解此次探险将远离最近的医疗设施，所有旅客必须具备自我照顾能力。 I understand that this expedition will take me far from the nearest medical facility and that all travelers must be self-sufficient.
- ☐ 在此理解下，我确认近期未接受治疗，也未意识到任何可能对自己或其他探险成员构成危险的身体或其他状况。 With that understanding, I certify that I have not been recently treated for, nor am I aware of, any physical or other condition or would create a hazard to myself or other members of the expedition.
- ☐ 我同意，如未向 HX Expeditions 提供完整准确的医疗信息，可能导致预订被取消，且我不会因此获得任何赔偿。 I agree that any failure to provide full and complete medical information to HX Expeditions may result in the cancellation of my booking without further compensation payable to me for any loss.
- ☐ 我同意，如我在此提供的信息或身体/医疗状况发生任何变化，我将通知 HX Expeditions，并在要求时提供更新后的完整表格。 I agree that should there be any change to the information I have given herein or to my physical or medical condition that I will notify HX Expeditions and, if requested, provide an up-to-date version of this completed form.
- ☐ 我声明以上问题的回答真实完整。我同意根据 HX Expeditions 的隐私政策向其提供这些信息。 I declare the answers to the above questions are true and complete. I agree with this information being made available to HX Expeditions under their Privacy Policy.

旅客病史 Traveller's Medical History:

身高 Height: _____

体重 Weight: _____

血型 Blood Type: _____

在过去5年内，您是否有住院或严重疾病的病史？

Do you have any history of hospitalization or severe illnesses in the past 5 years? _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否接受过重大手术？

Have you had any major surgeries? (Performed in the last 5 years, or any surgery requiring long-term follow up?) _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否患有任何呼吸系统疾病？

Do you have any respiratory diseases? (Such as severe asthma, emphysema, COPD, blood clots in the lungs.)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否使用氧气疗法？

Do you use any oxygen therapy? (Such as CPAP, Portable Oxygen Concentrator (POC) or use an Oxygen Tank?)

如果您对上述问题回答“是”，请说明氧气治疗的类型： If you answered «Yes» to the above, please describe the oxygen therapy type:

请用英文简要说明需要氧气治疗的病情，以及每天使用的小时数：

请注意，HX Expeditions 不允许在船上使用氧气瓶或液态氧。

☐ **我理解，若 VIKAND 批准我的医疗许可，我将联系 HX Expeditions 就我的氧气治疗事宜做出适当安排。** I understand that should medical clearance be granted by VIKAND, I will contact HX Expeditions to make appropriate arrangements regarding my oxygen therapy specifications.

在过去五年内，您是否经历过或被诊断出任何心脏疾病？

Have you experienced or been diagnosed with any cardiac conditions/heart disease in the last five years? (Such as high blood pressure, heart valve issues, abnormal EKG, pacemaker, previous heart attack, cardiac stents, congestive or recurrent heart failure or angina?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

在过去五年内，您是否经历过或被诊断出任何神经系统疾病？

Have you experienced or been diagnosed with any neurological disorders in the last five years? (Such as loss of consciousness, loss of memory (Dementia/Alzheimer's), balance problems (Parkinson's), epilepsy/seizures, dizziness/fainting spells?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否曾经中风？

Have you ever had a stroke? (Such as Ischemic or Hemorrhagic Stroke or TIA? (mini stroke))

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

在过去五年内，您是否经历过或被诊断出任何精神疾病？

Have you experienced or been diagnosed with any psychiatric disorders in the last five years? (Such as major depression, anxiety, claustrophobia, or bi-polar disorder?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

在过去五年内，您是否经历过或被诊断出任何脊髓或背部问题？

Have you experienced or been diagnosed with any spinal cord or back problems in the last five years? (Causing pain and difficulties in movement?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

在过去五年内，您是否经历过或被诊断出任何肌肉骨骼疾病？

Have you experienced or been diagnosed with any musculoskeletal disorders in the last five years? (Such as joint or muscle weakness or instability, muscle contractures, repeated dislocations, osteopenia/osteoporosis, swollen joints, or rheumatoid arthritis?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否患有任何内分泌疾病？

Do you have any endocrine disorders? (Such as: Diabetes, Thyroid Disease, or other)

如果您对糖尿病一项回答“是”，目前是如何管理的？ If you have answered «Yes» to diabetes, how is it currently managed?

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

在过去五年内，您是否经历过或被诊断出任何胃肠道或消化系统疾病？

Have you experienced or been diagnosed with any gastrointestinal or digestive disorders in the last five years? (Such as a gastric ulcer, Crohn's disease, or previous gastrointestinal bleeding or liver disease?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否患有任何泌尿系统疾病？

Do you have any urinary disorders? (Such as recurrent infections, prostatic hyperplasia with urinary retention (in men), kidney stones?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否患有任何出血性疾病？

Do you have any hemorrhagic disorders? (Such as blood clots, anemia requiring transfusion, bleeding tendency? (Factor V / VIII, etc.))

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

在过去五年内，您是否经历过或被诊断出任何自身免疫性或免疫系统疾病？

Have you experienced or been diagnosed with any autoimmune or immunologic diseases in the last five years? (Such as lupus, psoriasis, celiac disease, or any other autoimmune disorder that requires ongoing treatment with steroids or immunomodulators, or frequent hospitalization?)

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否患有绝症或正在接受临终关怀？

Do you have a terminal illness or are you under hospice care? _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否有癌症病史？

Do you have a history of cancer? _____

请尽可能详细说明（例如癌症类型、诊断时间、目前是否正在接受治疗），并用英文填写：

您是否患有任何传染性或接触性传播疾病？

Do you have any infectious or contagious diseases? _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否患有任何肾脏疾病？

Do you have any renal disorders? (Such as chronic kidney disease requiring dialysis either peritoneal or hemodialysis?) _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

请注意，HX Expeditions 船舶未配备可为接受血液透析或腹膜透析的宾客提供服务的设备。很遗憾，需要此类治疗的宾客无法乘坐 HX Expeditions 出行。

旅客当前健康状况 Traveller's Current Medical Conditions:

请评估您的总体健康状况： Please evaluate your general health:

☐ Poor ☐ Fair ☐ Good ☐ Excellent

您是否有任何视力问题？

Do you have any vision problems? (Such as blindness or partial blindness?) _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否有任何听力问题？

Do you have any hearing problems? (Such as deafness or partial deafness?) _____

您是否有任何危及生命的过敏反应？ Do you have any life-threatening allergies?

☐ No ☐ Yes

您危及生命的过敏反应是否需要使用肾上腺素笔（EPIPEN）？ Does your life-threatening allergy require the use of an EPIPEN?

☐ No ☐ Yes

请自行携带 EPIPEN 上船。

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

仅限女性：您目前是否怀孕？ Are you currently pregnant?

☐ No ☐ Yes

请说明航程开始和结束时的怀孕周数： Please specify weeks of pregnancy at the start and end of the voyage:

航程开始时——怀孕多少周？（航程第一天） Start of the voyage - How many weeks of pregnancy? (First day of the voyage) _____

航程结束时——怀孕多少周？（航程最后一天） End of the voyage - How many weeks of pregnancy? (Last day of the voyage) _____

旅客行动能力 Traveller's Mobility:

您是否经历过重大身体创伤？

Have you had any Major Physical Trauma? (Such as a road traffic accident in the past 6 months) _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您最近是否曾经跌倒？（过去6个月内？） Have you experienced any recent falls? (Within the last 6 months?)

☐ No ☐ Yes

在此期间您跌倒过多少次？ How many falls have you experienced in that time?

您是否有行动受限或行走困难的情况？ Do you have restricted mobility or difficulty in walking?

☐ No ☐ Yes

您是否有任何行动障碍，导致您无法上下橡皮艇（如“Zodiac”）或硬壳登陆艇（如特种作业艇）？

Do you have any mobility issues that would prevent you from climbing in and out of a rubber inflatable boat, i.e. "Zodiac" or a rigid hull landing craft, i.e. Special Operations Boat? _____

请用英文简要说明病情、诊断日期及目前治疗情况：

您是否定期使用或在乘飞机旅行时使用以下任何一种助行器具？ Do you have/use any of the following walking aids regularly or when you travel by airplane?

如果您表示使用轮椅、助行器或带轮助行器等行动辅助设备，请注意以下信息：

☐ 我同意在探险行程开始前就我的行动辅助设备事宜联系 HX Expeditions。由于极地探险的特殊性，大多数登陆地点无法携带行动辅助设备上岸，仅能在船上使用。 I agree to contact HX Expeditions prior to my expedition regarding my mobility device. Due to the inherent nature of polar expeditions, mobility devices cannot be taken ashore in most locations and can only be utilized on board the vessel.

请评估您的身体行动能力/耐力： Please evaluate your physical mobility/stamina:

☐ Poor ☐ Fair ☐ Good ☐ Excellent

旅客当前用药情况 Traveller's Current Medications:

您是否正在服用华法林（Warfarin）？ Are you taking Warfarin?

☐ No ☐ Yes

请列出您目前正在服用的所有药物及其剂量： List all medications you are currently taking with the dosages:

其他药物/备注： Additional Medications/Comments:

请在此填写其他药物或备注： Please add any additional medications or comments here:



请注意：

- ☐ 我同意，若在航程出发日期前的任何时候被诊断出新的疾病或开始服用新药物，我将通过 **medical@travelhx.com** 通知 **HX Expeditions**。 I agree that should I be diagnosed with a new medical condition or start taking new medication at any stage before my voyage departure date, I will inform HX Expeditions at **medical@travelhx.com**.
- ☐ 我同意并知悉，除本次医疗筛查外，登船当天还将进行登船前筛查。 I agree to, and acknowledge, that in addition to this medical screening, there will be a Pre-Embarkation screening done on embarkation day.

医疗顾问意见 Medical Advisor's Opinion

尊敬的医疗顾问：

我们的宾客计划参加前往医疗设施不完善地区的探险邮轮旅行。这类旅行涉及探索远离常规医疗服务的偏远地区，因此需要审慎考虑医疗条件有限的情况。每艘船配备一名医生和一间小型医务室。因此，乘客需充分了解探险期间可能面临的医疗方面的挑战。

虽然探险活动本身并不剧烈，但参加岸上活动的宾客需具备一定的身体条件，包括在有人协助下通过陡峭的舷梯、上下登陆艇，以及能够在不平坦且湿滑的地形上短距离步行。所访问的地区极为偏远，在探险的大部分时间里，宾客距离医疗救治需要 3 至 5 天。然而，在某些情况下，由于缺乏直升机保障或附近没有降落场地，医疗撤离可能无法实现。

我们强烈建议健康状况不佳的人士不要参加此次探险，因为他们在旅途中发生并发症的风险明显更高。为保障所有乘客的安全与福祉，船长和船上医疗团队有权拒绝健康申报表不完整和/或身体状况不稳定的人员登船。我们的首要任务是确保每位宾客的健康状况适合参加探险，并让船上医生充分了解任何潜在的健康问题。

请注意，审核医疗筛查表的医务人员仅精通英语。因此，请仅使用英语提供详细描述、诊断或备注。

旅行者信息 Traveler's Information:

名和中间名（与护照一致） First and Middle Name (same as passport): _____

姓（与护照一致） Last Name (same as passport): _____

性别 Gender: _____ 护照号码 Passport Number: _____ 船名 Name of ship: _____

出生日期（日/月/年） Date of Birth (dd/mm/yyyy): _____

登船日期（日/月/年） Date of embarkation (dd/mm/yyyy): _____

请评估旅行者的总体身体状况： Please evaluate the traveller's overall physical condition:

☐ Poor ☐ Fair ☐ Good ☐ Excellent

请提供您认为船上医生应了解的任何病情详情，内容应包括病情、诊断日期及目前治疗情况： Please provide details on any medical condition of which you believe our onboard physician should be aware. Details should include conditions, date of diagnosis, and current treatment:

请评估旅行者在船上及岸上可能存在不平坦和/或湿滑地形的探险活动中的参与能力： Please evaluate the traveller's ability to participate in an expedition where ship and ground conditions may include uneven and/or slippery terrain?

☐ Poor ☐ Fair ☐ Good ☐ Excellent

旅行者是否适合参加偏远地区的探险活动？ Is the traveler fit to participate on a remote expedition?

☐ No ☐ Yes

医疗顾问信息 Medical Advisor's Information:

医疗顾问名字 Medical Advisor First Name: _____

医疗顾问姓氏 Medical Advisor Last Name: _____

职称（M.D.、D.O.、N.P.、P.A.） Designation (M.D., D.O., N.P., P.A.): _____

注册号（NPI） Registration (NPI) Number: _____

城市/州 City/State: _____ 国家 Country: _____ 日期 Date: _____

电子邮箱 Email Address: _____

医疗顾问签名 Medical Advisor's Signature: _____