

Nom du passager :
Date de départ :

N° de réservation:

Section médicale

Télécopieur : 1 888 334-7717 (sans frais) ou 514 205-7567

Téléphone : 1 800 667-4732 (sans frais) ou (514) 369-7039

Destinataire :

Téléphone :

Télécopieur :

DIRECTIVES À L'INTENTION DU MÉDECIN TRAITANT

(Ces renseignements sont destinés au médecin d'Air Canada, spécialisé en médecine aéronautique.)

Si votre patient a **besoin d'oxygène supplémentaire** et que vous n'avez relevé aucune autre comorbidité, veuillez remplir la **section 1**.

Si votre patient présente un **trouble médical** qui pourrait s'aggraver lors de son voyage en avion, veuillez remplir la **section 2**.

Si votre patient a besoin d'une **place supplémentaire** pour cause d'obésité (applicable uniquement aux voyages effectués à l'intérieur du Canada), veuillez remplir les **sections 2 & 3**.

Si votre patient voyage uniquement à **destination ou au départ des États-Unis**, la **section 4** doit être remplie (ainsi que la **section 1**, si de l'oxygène est nécessaire). Toutefois, nous vous encourageons fortement à remplir également la section 2, avec l'autorisation de votre patient, aux fins de sécurité accrue dans un environnement hypoxique.

Pour que votre patient puisse voyager avec Air Canada, veuillez répondre (en caractères d'imprimerie) à toutes les questions et retourner le formulaire dès que possible au numéro de télécopieur susmentionné. Toutes les sections pertinentes doivent être signées et datées.

Tous les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du patient.

Nom du passager :

N° de réservation:

INFORMATION RELATIVE AU PASSAGER

Nom du passager :

À l'usage d'Air Canada

Priorité : Normal

N° de réservation:

Type : Normal

Date de naissance :

Numéro de vol :

Date :

De / À :

Numéro de vol :

Date :

De / À :

INFORMATION RELATIVE AU MÉDECIN TRAITANT

Médecin traitant :

Tél. :

Pays ou province d'enregistrement : _____

Télec. :

Numéro d'enregistrement : _____

SECTION 1 – VOYAGER AVEC DE L'OXYGÈNE

1) **Oxygène ***

a) Si le patient utilise déjà de l'oxygène **au sol**, fournir les renseignements suivants :

O₂ dispensée par canule nasale/masque Débit : _____ Heures/jour : _____

Concentrateur d'oxygène individuel ► Marque : _____

► Réglage : _____ Heures/jour : _____

b) Choisir l'une des options suivantes **pour le vol** :

Option 1 – Demande d'oxygène * (matériel fourni par Air Canada – canule nasale uniquement, aucun masque) :

Bouteille d'oxygène – Débit requis : 2 L/min 3 L/min 4 L/min 5 L/min 6 L/min 7 L/min 8 L/min

L'oxygène gazeux humidifié constitue-t-il une nécessité médicale? Oui Non

Un masque pédiatrique est-il requis? Oui Non

Option 2 – Concentrateur d'oxygène individuel** (fourni par le passager) – Marque : _____

Réglage : _____ L/min

Option 3 – Appareil de ventilation spontanée en pression positive continue** (fourni par le passager – doit être alimenté par batterie) :

2) **Pronostic pour le voyage** : Bon Réservé Mauvais

Si votre patient présente un trouble médical, autre que son besoin en oxygène, qui pourrait avoir une incidence sur sa capacité à voyager par avion ou sur son besoin en oxygène, veuillez remplir la section 2 ci-dessous. Sinon, veuillez signer et dater le présent formulaire.

PRÉAVIS REQUIS

* Amérique du Nord : 48 heures
* International : 72 heures

* Concentrateur d'oxygène individuel ou appareil de ventilation spontanée en pression positive continue :
48 heures

Air Canada fera de son mieux pour répondre aux demandes faites à l'intérieur de ce délai.

Signature du médecin

Date

Nom du passager :

N° de réservation:

SECTION 2 – DÉCLARATION DE MALADIE, ACCIDENT ET/OU TRAITEMENT

- 1) a) **Diagnostic** : _____ b) Date d'apparition de la maladie : _____
 c) Traitement : _____
 d) Nature et date de toute intervention chirurgicale : _____
- 2) Symptômes actuels et gravité : _____
- 3) L'état de santé du patient s'aggraverait-il si la pression dans la cabine correspond à une augmentation rapide de dénivellation de 2 400 m (8 000 pieds) au-dessus du niveau de la mer (c.-à-d. une réduction de 25 % de la pression partielle de l'oxygène dans la cabine)? Oui Non
- 4) Le patient peut-il marcher sur une distance de 100 mètres à un rythme normal ou monter de 10 à 12 marches sans présenter de symptôme? Oui Non
- 5) **Liste des médicaments** : _____
- 6) **Signes vitaux**
 a) Saturation en oxygène _____ Air ambiant O₂ _____ L/min Tension artérielle _____ Fréquence cardiaque : _____
 b) Anémie Oui Non Niveau d'hémoglobine : _____
- 7) a) **L'état de santé du patient lui permet-il de voyager seul?**
 Oui – Si le patient est un adulte ayant une déficience cognitive, a-t-il besoin d'aide à l'aéroport? Oui Non
 Non – Le patient a besoin d'un accompagnateur pour veiller à sa sécurité ou à ses besoins personnels (repas, utilisation de la toilette, administration de médicaments, etc.) **ET** d'une aide physique en cas d'urgence. Qui doit accompagner le passager?
 Médecin Infirmière Autre, soit un adulte (famille, ami) en mesure de répondre aux besoins personnels du patient **ET** de veiller à sa sécurité
- b) Incontinence (selles) : Oui Non Incontinence (urine) : Oui Non – Méthode de contrôle : _____
- 8) **Degré d'autonomie** : Le patient peut-il se déplacer sans aide? Oui
 Non a) Fauteuil roulant requis à l'embarquement jusqu'à l'avion jusqu'au siège
 b) Type de fauteuil que le patient utilise en voyage Électrique Manuel
- 9) **Troubles cardiaques**
 a) **Angine** : Non Oui Date du dernier épisode : _____
 Limites relatives à l'activité physique : Aucune Légères Marquées Importantes
 b) **Infarctus du myocarde** : Non Oui – Date : _____
 i) Complications : Non Oui – Préciser : _____
 ii) Risques cardiovasculaires faibles démontrés à l'angiographie ou lors d'une étude non-invasive? Oui Non
 iii) En cas d'angioplastie ou de pontage coronarien, indiquer la date : _____
 c) **Insuffisance cardiaque** : Non Oui – Date du dernier épisode : _____
 Classe fonctionnelle : Aucun symptôme
 Essoufflement : provoquée par un effort soutenu provoquée par un effort léger au repos
 d) **Syncope** : Non Oui – Investigations : _____

Nom du passager :

N° de réservation:

SECTION 2 – DÉCLARATION DE MALADIE, ACCIDENT ET/OU TRAITEMENT (suite)

- 10) **Troubles pulmonaires chroniques :** Non Oui – Diagnostic : _____
- a) Essoufflement : Non À l'effort Au repos
- b) La gazométrie sanguine du patient a-t-elle récemment été réalisée? Non Oui Si oui, quels étaient les résultats?
 pCO₂ _____ pO₂ _____ Saturation _____ Date de l'examen : _____
 La gazométrie sanguine a été réalisée : Air ambiant Oxygène _____ L/min
- c) Le patient a-t-il récemment voyagé à bord d'un avion commercial dans un tel état de santé? Oui Non
 Si oui, y a-t-il eu des complications ou des problèmes médicaux? _____
- 11) **Troubles psychiatriques/comportementaux/cognitifs :** Non Oui Diagnostic : _____
- a) Est-il possible que le patient devienne agité durant le vol? Oui Non
- b) Le patient a-t-il déjà voyagé à bord d'un vol commercial auparavant? Oui Non
 Si oui, était-il : seul accompagné Date du voyage : _____
- 12) **Épilepsie :** Non Oui a) Cause/type : _____
 b) Date de la dernière crise : _____
 c) Les crises sont-elles maîtrisées par des médicaments? Oui Non
- 13) **Allergie aux noix:** Allergie sévère aux noix ou arachides? Oui Non
 Le passager transporte son propre auto-injecteur d'épinéphrine? Oui Non
 Si réaction allergique, le passager peut-il s'auto-injecter l'épinéphrine? Oui Non
- 14) **Autre information médicale :**
- _____
- 15) **Pronostic pour le voyage :** Bon Réservé Mauvais

Signature du médecin

Date

Nom du passager :

N° de réservation:

SECTION 3 – PLACE SUPPLÉMENTAIRE POUR CAUSE D'OBÉSITÉ

APPLICABLE UNIQUEMENT AUX VOYAGES EFFECTUÉS ENTIÈREMENT À L'INTÉRIEUR DU CANADA

CETTE SECTION NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE POUR UNE DEMANDE DE PLACE SUPPLÉMENTAIRE POUR CAUSE D'OBÉSITÉ

Les renseignements indiqués ci-dessous permettront à Air Canada de déterminer si le passager est admissible à des mesures d'accommodement sous forme d'octroi de place(s) supplémentaire(s) sans frais.

S'il s'agit d'une première évaluation, veuillez vous assurer que toutes les sections du présent formulaire ont été remplies par le médecin traitant.

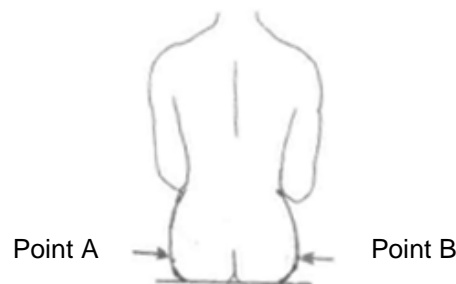
S'il s'agit d'un renouvellement, un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un infirmier praticien peut remplir cette section pourvu que le médecin n'ait pas relevé d'autres comorbidités lors de l'évaluation initiale et que la capacité physique du passager à voyager en avion n'ait pas changé au cours des deux dernières années.

1) **Mensurations** (veuillez utiliser les mesures métriques)

- a) Poids _____ kg
- b) Taille _____ cm
- c) Indice de masse corporelle _____ (kg/m²)
- d) Mesure de la surface occupée* A à B _____ cm

* On obtient la mesure de la surface occupée en mesurant la distance entre les points extrêmes du patient lorsqu'il est assis selon les instructions suivantes :

1. Faites asseoir le patient sur une table d'examen recouverte d'un papier.
2. Placez une règle, du côté gauche du patient, à l'endroit où la taille ou la hanche est le plus proéminente, comme dans le diagramme ci-dessous.
3. Le point de contact entre la règle et le papier est le point A.
4. Placez une règle, du côté droit du patient, à l'endroit où la taille ou la hanche est le plus proéminente.
5. Le point de contact entre la règle et le papier est le point B.
6. Mesurez la distance entre les points A et B, puis inscrivez le résultat dans la section d) ci-dessus.



Signature du médecin

Date

Téléphonez au service MEDA d'Air Canada au 1 800 667-4732 et donnez votre numéro de réservation afin de demander une place supplémentaire pour des raisons médicales et de prendre tout autre arrangement nécessaire pour votre vol.

Nom du passager :

N° de réservation:

SECTION 4 – ITINÉRAIRES ENTRE LE CANADA ET LES ÉTATS-UNIS

Les passagers voyageant à bord d'un vol entre le Canada et les États-Unis ne sont tenus de remplir que la section 4 du présent formulaire *FICHE DE SANTÉ POUR VOYAGE AÉRIEN*.

Toutefois, nous recommandons fortement à ces passagers de faire remplir la section 2 par leur médecin traitant afin de nous assurer que leur état de santé ne s'aggraverait pas dans un environnement cabine

1) Bonnes raisons

Pensez-vous que le passager pourra effectuer son vol de façon sécuritaire sans devoir recourir à une assistance médicale spéciale?

- Oui
 Non – Par exemple, le passager :
- a) a un état de santé instable;
 - b) souffre d'un trouble médical qui pourrait s'aggraver dans un environnement hypoxique;
 - c) pourrait avoir besoin de soins médicaux pendant le vol;
 - d) pourrait nécessiter l'utilisation de l'équipement médical d'urgence à bord; ou
 - e) n'est pas en mesure de prendre ses médicaments lui-même ou nécessite des soins médicaux réguliers pour assurer la stabilité de son état pendant le vol (p. ex. injection d'insuline).

2) Maladies transmissibles

a) Le passager est-il atteint d'une maladie ou d'une infection qui, dans les conditions présentes, pourrait être transmise aux autres passagers ou représenter une menace directe pour la santé ou la sécurité des autres passagers pendant la durée normale du vol?

- Non Oui

b) Y a-t-il des mesures ou des précautions pouvant être prises afin de prévenir la transmission de la maladie ou de l'infection aux autres passagers pendant la durée normale du vol?

- Non Oui

Si oui, précisez : _____

3) Oxygène

Le passager a-t-il besoin d'oxygène au sol, ou aura-t-il besoin d'oxygène supplémentaire en vol?

- Non Oui – Remplir la **section 1**.

Signature du médecin

Date*

*** Doit avoir été émis au maximum 10 jours avant la date prévue du vol sortant initial**