

**SECTION MÉDICALE**
**LUNDI-VENDREDI 06:00-20:00 HNE**
**SAMEDI-DIMANCHE 06:00-18:00 HNE**
**Courriel : [acmedical@aircanada.ca](mailto:acmedical@aircanada.ca)**
**Télécopie: 1-888-334-7717** (Sans frais Amérique du Nord)  
**1-514-828-0027** (Frais d'interurbain peuvent s'appliquer)

**Téléphone : 1-800-667-4732** (Sans frais Amérique du Nord)  
**1-514-369-7039** (Frais d'interurbain peuvent s'appliquer)

**INFORMATION RELATIVE AU PASSAGER**

Nom du passager:

N° de réservation:

Âge:

Téléphone/Courriel:

Numéro de vol:

Date:

De/À:

Numéro de vol:

Date:

De/À:

*Priorité: URGENT*
*Type: Normal*
**INFORMATION RELATIVE AU MÉDECIN TRAITANT**

Médecin traitant:

Numéro de permis du médecin :

Pays ou province de pratique :

Tél.:

Télécopie:

Courriel:

**INFORMATION MÉDICALE (OBLIGATOIRE pour tout vol non assujéti à la Section 4/vols Canada-EU)**
**DIAGNOSTIC** \_\_\_\_\_

**DATE D'APPARITION** \_\_\_\_\_

La condition est-elle résolue/stable? \_\_\_\_\_

Symptômes actuels et gravité \_\_\_\_\_

Nature et date de toute intervention chirurgicale \_\_\_\_\_

**INFORMATION MÉDICALE SUPPLÉMENTAIRE — Toutes les questions doivent être répondues**

 Anémie  Non  Oui — hémoglobine: \_\_\_\_\_ g/dL

 A besoin d'oxygène supplémentaire pour le voyage  Non  Oui — svp complétez la section 1

 A besoin d'un accompagnateur/assistance pour la mobilité  Non  Oui — svp complétez section 2a

 Troubles pulmonaires (aigus ou chroniques)  Non  Oui — svp complétez section 2b

 Épilepsie  Non  Oui — svp complétez section 2c

 Troubles cardiaques (y compris syncope)  Non  Oui — svp complétez section 2d

 Troubles psychiatriques/comportementaux/cognitifs  Non  Oui — svp complétez section 2e

 Allergie aux chats ou chiens  Non  Oui — svp complétez section 2f

**SIGNES VITAUX**

 Saturation en oxygène \_\_\_\_\_%  Air ambiant ou  O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Lpm Tension artérielle \_\_\_\_\_ Pouls \_\_\_\_\_

**PRONOSTIC POUR LE VOYAGE:**
 Bon  
 (Aucun problème anticipé)

 Réservé  
 (Problèmes potentiels)

 Mauvais  
 (Problèmes anticipés)

 \_\_\_\_\_  
 Signature du médecin

 \_\_\_\_\_  
 Date

Nom du passager :  
Reference source not found.

N° de réservation: Error!

**SECTION 1 – VOYAGER AVEC DE L'OXYGÈNE**

Saturation en oxygène : \_\_\_\_\_ %  Air ambiant  
 O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ L/min continu  
 Concentrateur d'oxygène portable (COP), mode pulsé: 1 2 3 4 5 6  
 COP mode débit continu : 1 L/min 2 L/min 3 L/min

Le patient utilise-t-il déjà de l'oxygène **au sol** ?  Non  Oui

Si oui, svp fournir les renseignements suivants :

- Bouteille d'O<sub>2</sub> Débit: \_\_\_\_\_ L/min Heures/jour: \_\_\_\_\_
- Concentrateur d'oxygène portable Modèle : \_\_\_\_\_
- Mode pulsé, réglages : 1 2 3 4 5 6 Heures/jour \_\_\_\_\_  
OU
- Mode débit continu à \_\_\_\_\_ L/min Heures/jour \_\_\_\_\_

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

- Option 1 – Demande d'oxygène \*** (*matériel fourni par Air Canada – frais applicables*)

Canule nasale uniquement, aucun masque

Bouteille d'oxygène – Débit requis :

- 2 L/min  3 L/min  4 L/min  5 L/min  nécessitant plus que 5 L/min

Un masque pédiatrique est-il requis ?  Oui  Non

- Option 2 – Concentrateur d'oxygène portable\*\*** (*fourni par le passager*) – Modèle : \_\_\_\_\_

- Mode pulsé, réglages : 1 2 3 4 5 6  
OU  
 Mode débit continu à \_\_\_\_\_ L/min

Le passager est-il familier avec son concentrateur d'oxygène portable (COP) et est-il capable de gérer seul son appareil, y compris la réponse aux alertes et le changement de batteries ?

Oui  Non

Le passager a-t-il suffisamment de batteries pour son voyage? (Les avions ne disposent pas de prises électriques capables de supporter l'alimentation d'un COP).

Oui  Non

**PRÉAVIS REQUIS**

**\* Amérique du Nord: 48 heures    \* International: 72 heures    \*\* COP ou CPAP: 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**

Diagnostic: \_\_\_\_\_ Date d'apparition de la maladie : \_\_\_\_\_

Traitement: \_\_\_\_\_

Médicaments: \_\_\_\_\_

L'état de santé du patient sera-t-il affecté par une réduction de 25 % à 30% de la pression partielle d'oxygène en cabine et par l'expansion de volume des gaz (hypoxie équivalente à une montée rapide en montagne à 2400m [8000 pieds] au-dessus du niveau de la mer)?  Oui  Non

**a) Le patient a-t-il besoin d'une escorte pour voyager?** Non  Oui

La raison médicale empêchant le passager de voyager seul: \_\_\_\_\_

Une escorte est-elle nécessaire en vol pour aider aux besoins personnels du passager (repas, utilisation de la toilette, administration de médicaments)  Oui  Non

Qui devrait accompagner le passager?

 Médecin  Infirmier (e)  Autre (adulte famille/ami en mesure de répondre aux besoins personnels du patient ET de veiller à sa sécurité)Incontinence (selles) :  Oui  Non Incontinence (urine) :  Oui  Non – Méthode de contrôle : \_\_\_\_\_Le patient peut-il se **déplacer sans aide**?  Oui Non Fauteuil roulant requis à l'embarquement  jusqu'à l'avion  jusqu'au siègePassager a son propre fauteuil roulant :  Électrique  Manuel**Si le patient est un adulte ayant une déficience cognitive n'ayant pas besoin d'escorte en vol :**Aura-t-il besoin d'aide à l'aéroport?  Oui  Non**b) Troubles pulmonaires chroniques :** Non  Oui – Diagnostic: \_\_\_\_\_Essoufflement :  Non  À l'effort  Au reposLe passager peut-il tolérer un effort léger—exemple: marcher sur une distance de 100 mètres à un rythme normal ou monter de 10 à 12 marches sans présenter de symptôme?  Oui  NonLe 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? \_\_\_\_\_Le patient a-t-il eu un gaz artériel récent?  Non  Oui Si oui, quels étaient les résultats?  
pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Saturation \_\_\_\_\_ % Date de l'examen: \_\_\_\_\_  
Le gaz artériel a été réalisé:  Air ambiant  Oxygène \_\_\_\_\_ L/min**c) Épilepsie**  Non  Oui: Cause/Type: \_\_\_\_\_

Date de la dernière crise? \_\_\_\_\_

Dernière visite à l'hôpital pour une crise \_\_\_\_\_

Les crises sont-elles maîtrisées par des médicaments?  Oui  Non

Nom du passager :

N° de réservation:

**SECTION 2 – DÉCLARATION DE MALADIE, ACCIDENT ET/OU TRAITEMENT****d) Troubles cardiaques**

Le passager peut-il tolérer un effort léger—exemple: marcher sur une distance de 100 mètres à un rythme normal ou monter de 10 à 12 marches sans présenter de symptôme?  Oui  Non

**Angine:**  Non  Oui Date du dernier épisode: \_\_\_\_\_

Limites relatives à l'activité physique :  Aucune  Légères  Marquées  Importantes

**Infarctus du myocarde :**  Non  Oui – Date : \_\_\_\_\_

Complications :  Non  Oui – Préciser : \_\_\_\_\_

Risques cardiovasculaires faibles démontrés à l'angiographie ou lors d'une étude non-invasive?

Oui  Non

En cas d'angioplastie ou de pontage coronarien, indiquer la date : \_\_\_\_\_

**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

**Syncope:**  Non  Oui – Diagnostic/Cause probable: \_\_\_\_\_

– Investigations, s'il y a eu: \_\_\_\_\_

**e) Troubles psychiatriques/comportementaux/cognitifs :**  Non  Oui Diagnostic : \_\_\_\_\_

Est-il possible que le patient devienne agité durant le vol, provoquant des risques pour la sécurité ou causant une détresse aux autres passagers?  Non  Oui

Le patient a-t-il déjà voyagé à bord d'un vol commercial auparavant?  Non  Oui

Si oui, était-il :  seul  accompagné Date du voyage : \_\_\_\_\_

**f) Allergie :** Le passage voyage-t-il avec son propre inhalateur/pompe contre l'asthme ?  Non  Oui**Allergie aux chats**

Le passager souffre-t-il de:  picotement des yeux  éruptions cutanées/démangeaisons  
 écoulement nasal  
 sibilances (wheezing)  toux  essoufflement

**Allergie aux chiens**

Le passager souffre-t-il de:  picotement des yeux  éruptions cutanées/démangeaisons  
 écoulement nasal  
 sibilances (wheezing)  toux  essoufflement

**Autre information médicale :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin\_\_\_\_\_  
Date

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

Nom du passager:

No 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.

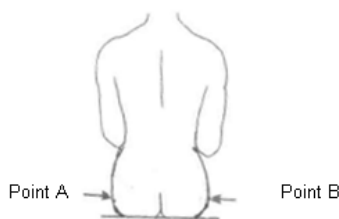
S'il s'agit d'un renouvellement, un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un infirmier praticien peut remplir cette section pourvu que le médecin n'ait pas relevé d'autres comorbidités lors de l'évaluation initiale et que la capacité physique du passager à voyager en avion n'ait pas changé au cours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

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

- a) Poids \_\_\_\_\_ kg
- b) Taille \_\_\_\_\_ cm
- c) Indice de masse corporelle \_\_\_\_\_ (kg/m<sup>2</sup>)
- 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



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.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin\_\_\_\_\_  
Date

Nom du passager:

No 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'aggravera 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