

Ce formulaire est interactif. Vous pouvez inscrire les renseignements sur le formulaire et l'imprimer avant de le signer. Si vous le remplissez à la main, assurez-vous d'inscrire lisiblement tous vos renseignements pour éviter tout retard.

Les frais entraînés par l'achèvement de ce formulaire demeurent la responsabilité du patient.

Veuillez remplir le formulaire au complet et inscrire la date où cela est requis; les formulaires incomplets ne seront pas évalués ou approuvés. Transmettez les formulaires remplis à WestJet par courriel à l'adresse meddesk@westjet.com ou par télécopieur au 1-866-737-1202.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT

Prénom	Nom	Date de naissance	aaaa-mm-jj
Adresse courriel		Numéro de téléphone	
Adresse		Ville	
Province/État	Code postal/ZIP	Pays	
Numéro OP de WestJet <i>(uniquement si vous avez déjà eu une approbation d'accommodement approval)</i>			
ID WestJet <i>(facultatif, mais cela nous aidera à offrir certains services)</i>			
Date prévue de voyage	aaaa-mm-jj	Origine du vol	Destination du vol

AUTRE PERSONNE À CONTACTER

Le patient préfère-t-il ou exige-t-il que nous discussions avec quelqu'un d'autre pour les questions de suivi? Le patient et toute personne figurant sur cette liste auront accès à vos renseignements médicaux et pourront en être informés.

Nom	Relation
Adresse courriel <i>(si elle diffère de celle du patient)</i>	Numéro de téléphone <i>(s'il est différent de celui du patient)</i>

ANTÉCÉDENTS DE VOYAGE

Avez-vous déjà voyagé à bord d'un avion commercial avec la condition médicale ou la blessure indiquée sur ce formulaire?

 Non Oui

Comment avez-vous voyagé?

 Seul Accompagné

Quand?

Avez-vous souffert de complications médicales ayant nécessité une intervention médicale pendant un vol commercial? Si oui, veuillez indiquer la date et expliquer cela en détail.

CONSENTEMENT ET ACCORD DU PATIENT

Je _____ consens et j'autorise le professionnel de la santé qui me traite à fournir et à discuter des renseignements médicaux inscrits dans ce formulaire, de tout autre renseignement de santé ou de mes antécédents de voyage avec WestJet pour assurer mon transport sécuritaire en avion. Ce consentement et cette autorisation s'étendent à tout professionnel de la santé détenant des informations pertinentes à mon évaluation par WestJet, ou toute organisation de soutien qui organise des voyages en mon nom. Je consens à la collecte et à la conservation des renseignements médicaux fournis sur ce formulaire pour faciliter mon transport et je reconnais que ces renseignements médicaux demeureront confidentiels conformément à la politique de confidentialité de WestJet.

Je reconnais que si ma demande est approuvée, WestJet me fournira un siège qui répond à mes besoins. J'accepte de fournir les renseignements médicaux à jour advenant tout changement de santé important et de respecter les termes de tout accommodement médical incluant les exigences relatives à l'accompagnateur et les restrictions applicables aux compagnons de voyage.

Signature (patient, tuteur ou décideur)

Date

aaaa-mm-jj

COORDONNÉES DU MÉDECIN

Toutes les pages restantes doivent être remplies par un médecin.

Nom du médecin

Numéro de permis

Province ou pays d'enregistrement

Ville

Adresse courriel (*facultatif*)

Numéro de téléphone

Télécopieur

Date de la première visite

aaaa-mm-jj

Voyez-vous le patient régulièrement?

 Non Oui

S'il existe un autre professionnel de la santé ou organisme de soutien que WestJet aurait besoin de joindre pour discuter de la capacité de votre patient à voyager en avion, veuillez fournir ses renseignements ci-dessous. Mentionnez leur(s) fonction(s) et leurs coordonnées (adresse courriel/numéros de téléphone).

Remplissez les sections applicables, apposez vos initiales au bas de chaque page et signez à la page 9.

Joignez des documents ou des renseignements supplémentaires, au besoin. Veuillez choisir l'énoncé qui s'applique à votre patient et remplir le formulaire tel qu'il est indiqué.

Mon patient nécessite

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Une confirmation qu'il est apte à voyager en avion | <i>Remplir la section 1</i> |
| <input type="checkbox"/> Une zone tampon contre les allergies | <i>Remplir la section 1</i> |
| <input type="checkbox"/> Des mesures en lien avec les sièges | <i>Remplir les sections 1 and 4</i> |
| <input type="checkbox"/> Un siège supplémentaire pour l'obésité | <i>Remplir les sections 1, 2 et 4</i> |
| <input type="checkbox"/> Un accompagnateur personnel | <i>Remplir les sections 1, 3 et 4</i> |
| <input type="checkbox"/> Un accommodement à bord d'un vol à destination ou en provenance des États-Unis | <i>Remplir la section 4</i> |

Initiales du médecin

Date

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'APTITUDE À VOYAGER EN AVION

La section 1 doit être remplie pour tous les patients, sauf ceux qui voyagent à destination ou en provenance des États-Unis.

Remarque : Bien qu'il n'est pas nécessaire de remplir la section 1 pour les voyages à destination ou en provenance des États-Unis, nous vous recommandons de la compléter afin d'assurer un voyage sécuritaire et d'évaluer si des accommodements à bord sont nécessaires.

Diagnostic	Date	aaaa-mm-jj
------------	------	------------

Symptômes actuels et gravité

Traitements/médicament(s) prescrit(s)

Intervention chirurgicale récente, pertinente ou prévue/sédation Non Oui

Nature	Date	aaaa-mm-jj
--------	------	------------

Le patient est-il actuellement hospitalisé? Non Oui

Si oui, sortie vers Domicile Installations

Date de congé aaaa-mm-ii

Allergies

Ne s'applique pas Oui - Veuillez fournir des renseignements

Allergènes	Symptômes	Allergènes	Symptômes
	<input type="checkbox"/> Urticaire		<input type="checkbox"/> Urticaire
	<input type="checkbox"/> Éternuement		<input type="checkbox"/> Éternuement
	<input type="checkbox"/> Anaphylaxie		<input type="checkbox"/> Anaphylaxie
	<input type="checkbox"/> Crise d'asthme		<input type="checkbox"/> Crise d'asthme

Initiales du médecin

Date

Condition pulmonaire

- Ne s'applique pas Oui - Veuillez fournir des renseignements

Type de condition

Le patient souffre-t-il d'essoufflement?

- Non Oui, avec peu d'efforts
 Oui, quand il fournit des efforts importants Oui, au repos

L'état du patient s'est-il détérioré récemment?

- Non Oui

Détails

Saturation en oxygène

%

Débit continu L/min

- Air ambiant

Quantité maximale L/min requise durant le vol

Le patient a-t-il besoin d'oxygène à la maison?

- Non Oui

Votre patient aura-t-il besoin d'oxygène en vol?

- Non Oui

Votre patient utilise-t-il un concentrateur d'oxygène personnel?

- Non Oui

En ce qui concerne l'utilisation de bouteilles d'oxygène gazeux ou d'un concentrateur d'oxygène personnel, veuillez consulter westjet.com/oxygene pour obtenir les exigences et les restrictions en matière de documentation. À Westjet, nous ne vendons pas d'oxygène à bord de nos avions.

Condition cardiaque

Ne s'applique pas Oui - Veuillez fournir des renseignements

Type de condition

A. Angine

Non Oui

Date

aaaa-mm-jj

L'état du patient est

 Stable Instable

Si son état est instable, sélectionnez une réponse

Aucun symptôme Angine au repos Angine avec des efforts importants Angine avec peu d'efforts

B. Infarctus du myocarde

Non Oui

Date

aaaa-mm-jj

Complications

 Stable Instable

Angiogramme/angioplastie

 Angiogramme Angioplastie

Date de l'intervention

aaaa-mm-jj

C. Insuffisance cardiaque

Non Oui

Niveau 1 à 4

Détails supplémentaires

D. Syncope

Non Oui

Dernière crise

aaaa-mm-jj

Examens

 Non Oui Non diagnostiqué

Si des examens ont été faits, indiquez les résultats et les causes

Initiales du médecin

Date

Crises

- Ne s'applique pas Oui - Veuillez fournir des renseignements

Type

Fréquence

Date de la dernière crise aaaa-mm-jj

Les crises sont-elles stables et peuvent-elles être contrôlées par des médicaments? Non Oui

L'oxygène ou l'aspiration sont-ils requis pour gérer les crises? Non Oui

Troubles cognitifs, comportementaux ou psychiatriques

- Ne s'applique pas Oui - Veuillez fournir des renseignements

Type de condition et explication

Est-il possible que l'état du patient se détériore pendant le vol? Non Oui

Si oui, veuillez expliquer

Veuillez remplir la section 4 si un accompagnateur peut aider le patient à se calmer.

SECTION 2 : ACCOMMODEMENT DE SIÈGE EN CAS D'OBÉSITÉ

- Ne s'applique pas Oui - Veuillez fournir des renseignements

Hauteur

cm

Poids

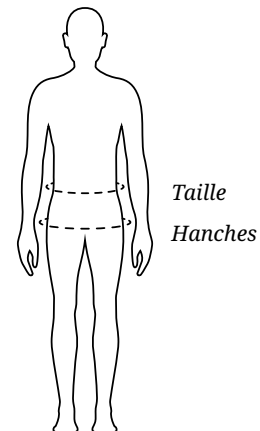
kg

Tour de la taille au nombril

cm

Tour maximal des hanches au-dessus du pli fessier

cm



Initiales du médecin

Date

SECTION 3 : BESOIN D'ASSISTANCE

Ne s'applique pas Oui - Veuillez fournir des renseignements

Une fois à bord de l'appareil, votre patient est-il en mesure de :

Prendre des médicaments sur ordonnance sans aide? Non Oui

Utiliser la toilette sans aide (une fois à l'intérieur de la toilette)? Non Oui

Gérer ses repas sans aide? Non Oui

Si non, quel est le type d'aide requis? Manger Ouvrir les contenants S'installer/s'orienter

Votre patient a-t-il besoin d'un accompagnateur médicalement qualifié pour voyager? Non Oui

Indiquez l'aide spécifique dont votre patient a besoin :

Fauteuils roulants et transferts

N'utilisez pas ce formulaire pour demander l'utilisation d'un fauteuil roulant. Consultez westjet.com/fauteuils-roulants pour connaître les exigences en matière de préavis et pour obtenir de plus amples informations.

Votre patient aura-t-il besoin d'un fauteuil roulant pour

Distance Transfert de la porte de l'avion à son siège En tout temps

Votre patient est-il capable de se déplacer tout seul du fauteuil roulant au siège de l'avion? Non Oui

Votre patient peut-il se tenir debout, pivoter et supporter son poids? Non Oui

Si une aide au transfert est nécessaire, votre patient peut-il être transféré à l'aide d'un Non élévateur? (À noter : Westjet ne peut pas transférer des patients qui dépassent 200 kg/440 lb) Non Oui

Si non, pourquoi?

SECTION 4 : OBLIGATOIRE POUR TOUS LES PATIENTS

Si votre patient consent à fournir à Westjet des renseignements médicaux supplémentaires, nous vous recommandons fortement de remplir la section 1, car cela nous permettra d'assurer la sécurité de votre patient dans l'environnement relativement hypoxique de l'avion, et d'améliorer notre capacité à déterminer tout accommodement qui pourrait être requis ou disponible à bord de l'avion.

Pronostic pour un transport sécuritaire sans assistance médicale en particulier

- Bon Faible – si le patient répond à l'un des énoncés suivants :
- a) Un état de santé instable
 - b) Une condition médicale qui peut se détériorer en altitude dans un environnement hypoxique
 - c) Peut avoir besoin d'une assistance médicale ou d'un équipement médical d'urgence durant le vol

Votre patient est-il apte à voyager?

 Non Oui

Maladie contagieuse

Le patient souffre-t-il d'une infection ou d'une maladie contagieuse qui peut être transmise ou constituer une menace directe à la santé et à la sécurité des autres individus durant le voyage?

- Ne s'applique pas Oui – Veuillez fournir des renseignements

Type de condition et explication

Y a-t-il des mesures nécessaires pour prévenir la transmission de l'infection ou de la maladie durant le voyage?

 Non Oui

Expliquez

Le patient a-t-il une arthrodèse du genou ou un membre inférieur immobilisé?

 Non Oui

Si oui, nous pourrions exiger d'autres renseignements médicaux afin de fournir cet accommodement. Vous pouvez choisir de remplir la section 1 : renseignements sur l'aptitude à voyager en avion.

CONSENTEMENT DU MÉDECIN

En signant ce formulaire, je reconnais que je fournis des renseignements que Westjet utilisera pour évaluer la capacité de mon patient et les mesures nécessaires pour un transport sécuritaire. Par conséquent, j'atteste que tous les renseignements fournis sont complets, vrais et exacts à ma connaissance. Si seulement la section 4 a été remplie, cela doit être effectué dans les 10 jours de la date du départ et le voyage doit se faire dans les 10 jours suivant l'approbation.

Signature

Date

aaaa-mm-jj