

DEMANDE D'EXEMPTION TEMPORAIRE EN RAISON D'UNE INCAPACITÉ MÉDICALE À SE FAIRE VACCINER CONTRE LA COVID-19

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 de traitement.

Les frais applicables pour faire remplir ce formulaire sont la responsabilité du patient.

Veuillez remplir ce formulaire au complet; aucune décision relative à un accommodement ne sera prise si les formulaires sont incomplets. Transmettez les formulaires remplis à WestJet par courriel à l'adresse meddesk@westjet.com ou par télécopieur au 1-866-737-1202.

Les demandes d'exemption de vaccins ne seront prises en compte que si le présent formulaire est rempli et présenté au moins 14 jours avant le vol de départ prévu pour les vols intérieurs au Canada et pour les vols au départ du Canada seulement. Les formulaires incomplets et non signés ne seront pas pris en considération.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT

(fournissez le nom, exactement comme il figure sur les papiers d'identité)

Nom de famille**Prénom****Deuxième prénom****Date de naissance**

aaaa-mm-jj

Adresse courriel**Numéro de téléphone****Adresse****Ville****Province/État****Code postal/Zip****Pays****Numéro OP de WestJet** *(uniquement si vous avez déjà eu une approbation d'accommodement)***ID WestJet** *(facultatif, mais facilitera la prestation de certains services)***Date prévue du voyage**

aaaa-mm-jj

Origine du vol**Destination du vol**

AUTRE PERSONNE À CONTACTER

Veillez fournir les coordonnées d'une autre personne à contacter (il peut s'agir d'un parent, d'un tuteur ou d'un décideur) si le patient est un enfant ou s'il ne peut pas faire valoir ses droits. Cette autre personne aura accès aux renseignements médicaux présentés ici. Elle peut également poser des questions de suivi au nom du patient et obtenir des renseignements au sujet des accommodements à bord du patient.

Nom**Lien**Adresse courriel *(si elle diffère de celle du patient)*Numéro de téléphone *(s'il diffère de celui du patient)***CONSENTEMENT ET ACCORD DU PATIENT**

Je _____ consens et autorise les professionnels de la santé qui me traitent à fournir et à discuter des renseignements 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 renseignements pertinents 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 comprends que si ma demande est approuvée, WestJet me dispensera de l'exigence du gouvernement du Canada d'être entièrement vacciné contre la COVID-19 pour pouvoir monter à bord d'un avion, et ce, pour tous les vols exploités par WestJet pendant la période d'approbation précisée. Je comprends que je devrai tout de même me conformer à toutes les autres politiques et exigences de sécurité de l'aéroport et de la compagnie aérienne. J'accepte de respecter les conditions d'exemption du vaccin contre la COVID-19 comme décrites par WestJet et le gouvernement du Canada. Je reconnais que WestJet se réserve le droit de mettre à jour les conditions de mon exemption du vaccin contre la COVID-19 à tout moment en fonction des directives du gouvernement du Canada et des politiques de WestJet. Je reconnais qu'il m'incombe de fournir des renseignements médicaux à jour en cas de changement important de mon état de santé lié à mon exemption et j'accepte de fournir immédiatement ces renseignements à WestJet.

Signature *(patient, tuteur ou décideur)***Date**

aaaa-mm-jj

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MÉDECIN OU À
L'INFIRMIER(IÈRE) PRATICIEN(NE)**

Les sections restantes du formulaire doivent être remplies par **un médecin ou un(e) infirmier(ière) praticien(ne)** au Canada.

Vous devez sélectionner le champ approprié pour la justification et fournir les renseignements demandés dans la zone de texte libre. Si la justification médicale de votre patient en ce qui a trait à la vaccination contre la COVID-19 ne figure pas dans la liste, le patient **ne sera pas autorisé** à voyager avec Westjet sans être vacciné contre la COVID-19. Le mandat fédéral n'accepte que les exemptions de vaccin contre la COVID-19 soutenues par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et Westjet soutient pleinement ce mandat sans exception. Des renseignements médicaux objectifs supplémentaires peuvent être fournis à l'appui de la demande d'exemption médicale.

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

Initiales du médecin

Date

Partie A : Renseignements médicaux objectifs

À remplir par le médecin ou l'infirmier(ière) praticien(ne).

Je, _____, confirme par la présente que la personne à exempter ci-dessus ne peut être vaccinée pour l'une des raisons suivantes :

1. Contre-indications médicales certifiées à la vaccination complète contre la COVID-19 au moyen d'un vaccin à ARN messenger, selon la recommandation du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Voici les contre-indications médicales certifiées en date du 22 octobre 2021 :

Des antécédents confirmés d'anaphylaxie à la suite de l'administration d'un vaccin à ARN messenger contre la COVID-19, étayés par la documentation objective d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ière) praticien(ne), ou un rapport d'une visite aux urgences ou une visite médicale à la suite de l'administration antérieure d'un vaccin à ARN messenger contre la COVID-19. Selon les directives du CCNI, la plupart des personnes qui subissent une réaction allergique immédiate sévère après leur dose initiale d'un vaccin à ARN messenger contre la COVID-19 peuvent recevoir sans danger les doses suivantes du vaccin contre la COVID-19 après consultation ou prise en charge par un allergologue ou un médecin approprié.

Veuillez indiquer la date à laquelle l'allergie a été confirmée, ainsi que le nom et le titre de compétences de la personne qui l'a confirmée.

Nom et titre de compétences

Date d'administration du vaccin à ARN messenger contre la COVID-19 aaaa-mm-jj	Date de la visite aux urgences ou de la visite médicale aaaa-mm-jj
--	---

Une allergie grave ou anaphylactique confirmée au polyéthylène glycol (PEG) présent dans les vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna contre la COVID-19, confirmée par un allergologue. (Sachez que si une personne est allergique à la trométhamine qui se trouve dans Moderna, elle peut recevoir le produit Pfizer-BioNTech.)

Veuillez indiquer la date à laquelle l'allergie a été confirmée, ainsi que le nom et le titre de compétences de la personne qui l'a confirmée ou la date de la visite aux urgences ou de la visite médicale après l'administration récente d'un produit contenant du PEG.

Nom et titre de compétences

Date de confirmation de l'allergie ou date de la visite aux urgences ou la visite médicale aaaa-mm-jj
--

2. Raisons médicales justifiant le report d'une vaccination complète contre la COVID-19 comme décrites par le CCNI. En date du 22 octobre 2021, cela peut inclure ce qui suit :

Des antécédents de myocardite/péricardite après la première dose d'un vaccin à ARN messenger, pour lesquels une visite aux urgences ou une admission à l'hôpital a justifié un traitement ou un suivi par un cardiologue.

Veillez indiquer la date de la consultation relative au cœur ou du bilan cardiaque où le résultat anormal a été noté. Conformément aux lignes directrices du CCNI, s'il n'y a pas eu de bilan cardiaque ou si les examens cardiaques sont normaux, la dose suivante du vaccin contre la COVID-19 peut être administrée une fois que le patient ne présente plus de symptômes et que 90 jours se sont écoulés depuis la première vaccination. Si un cardiologue a été recommandé, indiquez la date de la recommandation ou du rendez-vous confirmé.

Nom et titre de compétences	Date de la recommandation ou du rendez-vous confirmé	aaaa-mm-jj
-----------------------------	---	------------

Votre patient est-il actuellement symptomatique?	Non	Oui
--	-----	-----

Si une recommandation vers le cardiologue a été effectuée, veuillez indiquer la date de la recommandation et fournir une description.

Recommandation	Date de la visite auprès du cardiologue	aaaa-mm-jj
----------------	---	------------

3. Un état d'immunodépression en soi peut être insuffisant pour obtenir une autorisation d'exemption de vaccin. Conformément aux lignes directrices du CCNI, il est possible d'approuver un report temporaire de la vaccination en cas d'immunodépression, afin d'optimiser la réponse immunitaire. Veuillez indiquer l'état d'immunodépression et la date d'apparition ou d'exacerbation. Pour les médicaments immunodépresseurs, indiquez la date d'administration.

État d'immunodépression, date d'apparition et date d'exacerbation :

La date prévue pour l'administration du vaccin contre la COVID-19 :	aaaa-mm-jj
---	------------

Nom du médicament qui entraîne un report temporaire de la vaccination contre la COVID-19 et date d'administration :

La date prévue pour l'administration du vaccin contre la COVID-19 :	aaaa-mm-jj
---	------------

Pronostic pour un transport sécuritaire sans assistance médicale en particulier

Bon	Faible si l'un des énoncés suivants s'applique à votre patient :
	a) Son état de santé est instable
	b) A un problème médical 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 peuvent être transmises ou constituer une menace directe à la santé et à la sécurité des autres personnes durant le voyage?

Sans objet (passez à la section suivante)

Oui – veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous

Problème médical et explication

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

Non

Oui

Expliquez

Partie B : Attestation

Nom du médecin ou de l'infirmier(ière) praticien(ne) *(en lettres moulées)*

Je suis

un médecin (docteur en médecine) autorisé à pratiquer la médecine dans un territoire du Canada

un(e) infirmier(ière) praticien(ne) autorisé(e) à exercer dans un territoire du Canada

En signant ci-dessous, j'affirme avoir pris connaissance des contre-indications actuelles du CCNI à la vaccination contre la COVID-19 et j'affirme que la ou les contre-indications énoncées sont conformes aux normes nationales établies en matière de pratiques de vaccination. Je reconnais que Westjet se réserve le droit de demander des renseignements objectifs de vérification supplémentaires pour justifier une demande d'exemption du vaccin contre la COVID-19. Conformément à l'Arrêté d'urgence n° 45 visant certaines exigences relatives à l'aviation civile en raison de la COVID-19, une personne qui fournit à un transporteur des renseignements dont on sait qu'ils sont faux ou trompeurs peut également faire l'objet d'une amende administrative ou d'autres mesures d'exécution, y compris une poursuite judiciaire.

Signature *(médecin/infirmier(ière) praticien(ne))*

Date

aaaa-mm-jj

Sceau du cabinet du médecin requis

Initiales du médecin

Date