

Formulaire d'attribution de sièges particuliers

INSTRUCTIONS POUR LA SOUMISSION

Les attributions de siège sont possibles uniquement dans la cabine associée à votre tarif. Les frais entraînés par l'achèvement de ce formulaire demeurent la responsabilité du patient.

Pour nous aider à répondre à vos besoins de voyage, nous vous recommandons de **soumettre ce document au moins 48 heures avant** votre départ. Pour les demandes dont le préavis est plus court, nous ferons de notre mieux pour répondre à vos besoins. Les 2 sections du formulaire doivent être remplies.

Section 1 – doit être remplie par vous ou par votre parent, tuteur ou représentant

Section 2 – doit être remplie par votre prestataire de soins de santé (docteur en médecine, infirmière praticienne ou auxiliaire médical)

Ce formulaire est interactif. Seuls les formulaires dûment remplis seront examinés, les formulaires incomplets ne seront pas traités. Transmettez les formulaires remplis à WestJet par courriel à l'adresse MedDesk@WestJet.com ou par télécopieur au 1-866-737-1202.

SECTION 1 – INVITÉ

À remplir par vous (l'invité) ou par votre parent, tuteur ou représentant légal
Remplissez de manière électronique ou utilisez des MAJUSCULES et de l'encre noire

Renseignements sur l'invité

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Courriel	Téléphone	__ / __ / ____

Renseignements sur le parent, le tuteur ou le représentant légal

Si quelqu'un remplit ce formulaire en votre nom, veuillez lui demander d'indiquer ses coordonnées dans cette section

Prénom	Nom de famille	Relation avec l'invité
Courriel (si différent de l'invité)	Téléphone (si différent de l'invité)	

Autorisation et consentement

La section suivante doit être lue par/à l'invité et datée et signée par l'invité, ou signée et datée par le parent, le tuteur ou le représentant qui a rempli le formulaire au nom de l'invité.

Veuillez examiner chaque point ci-dessous et indiquer votre consentement en apposant votre signature et la date à laquelle vous avez rempli ce formulaire au bas de la section suivante.

Consentement à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements

Je consens à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation de mes renseignements personnels et médicaux par les services d'accessibilité de WestJet dans le but de faciliter un voyage sécuritaire, conformément à la [politique de confidentialité](#) de WestJet. Je comprends que mes renseignements resteront confidentiels et pourront être conservés pendant trois (3) ans, conformément au *Règlement sur les transports accessibles aux personnes handicapées*, afin de répondre à des demandes de service ultérieures. Veuillez consulter la politique de confidentialité de WestJet pour en savoir plus.

Consentement à la discussion des renseignements avec les prestataires de soins de santé et d'autres personnes

En soumettant ce formulaire, je consens à ce que WestJet collecte mes renseignements auprès des mon prestataire de soins de santé, des membres de ma famille ou des décideurs (si je ne suis pas en mesure de donner mon consentement moi-même) et en discute avec ces personnes afin d'assurer des soins et une attribution de siège appropriés pendant le voyage. J'autorise également WestJet à transmettre une copie de cette autorisation et de ce consentement à mon prestataire de soins de santé.

En lettres majuscules, ajoutez le nom et le prénom de votre prestataire de soins de santé attribué dans l'espace prévu à cet effet.

Par la présente, j'autorise _____ à fournir à WestJet les renseignements personnels et médicaux requis par le professionnel de la santé ou le prestataire de services de santé de WestJet dans le but d'évaluer mes besoins en matière de transport aérien.

Signature de l'invité, du parent, du tuteur ou du représentant

x _____

Date de signature (JJ/MM/AAAA)

__ / __ / ____

Remarque : Si votre état de santé ou les détails de votre voyage changent de quelque façon que ce soit par rapport à ce qui est indiqué sur ce formulaire, vous devez communiquer avec WestJet pour indiquer que les renseignements fournis dans ce formulaire ne sont plus valides, et vous devrez alors soumettre un nouveau formulaire avant de voyager.

Initiales du prestataire de soins de santé : ____

Date (JJ/MM/AAAA) : __ / __ / ____

SECTION 2 – PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ

À remplir par **votre prestataire de soins attitré** (docteur en médecine, infirmière praticienne ou auxiliaire médicale)

Remplissez de manière électronique ou utilisez des MAJUSCULES et de l'encre noire

Ce formulaire est destiné à fournir des renseignements CONFIDENTIELS permettant d'évaluer les besoins médicaux de votre patient afin de garantir la sécurité du voyage et de minimiser le risque de tout événement médical indésirable.

En tant que **prestataire de soins de santé désigné par le patient, vous devez répondre à toutes les questions qui s'appliquent à votre patient dans la section suivante.** Inscrivez un « X » dans la case « Oui » ou « Non » appropriée et donnez des réponses concises lorsque des renseignements supplémentaires sont nécessaires.

Les formulaires incomplets peuvent être renvoyés et entraîner un retard dans l'acceptation de votre patient pour le transport aérien.

Renseignements relatifs au patient

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) __/__/____
--------	----------------	---

Renseignements sur le prestataire de soins de santé

Prénom	Nom de famille	Titre professionnel
Numéro de permis	Province/État d'enregistrement	Pays d'enregistrement
Courriel	Téléphone	Télécopieur

Diagnostic et détails médicaux

Diagnostic	Détails médicaux (par exemple, type d'opération)
------------	--

Initiales du prestataire de soins de santé : ____

Date (JJ/MM/AAAA) : __/__/____

Pronostic du patient pour les vols
(sans soins médicaux extraordinaires)

☐ **Mauvais pronostic**

Indiqué par l'un des éléments suivants (à sélectionner) :

- ☐ Le patient présente un état de santé instable.
- ☐ Le patient souffre d'une pathologie susceptible de s'aggraver dans un avion (c'est-à-dire dans un environnement hypoxique avec une réduction de 30 % de la pression partielle d'oxygène dans l'air ambiant et une pression dans la cabine d'environ 8 000 pieds au-dessus du niveau de la mer).
- ☐ Le patient peut avoir besoin d'une assistance médicale ou d'un équipement médical d'urgence durant le vol.

☐ **Bon pronostic**

L'état de santé du patient est stable et ne s'aggraver pas dans l'environnement d'un avion; le patient n'aura pas besoin d'assistance médicale ni d'équipement médical d'urgence.

Mobilité

N'utilisez pas ce formulaire pour demander un fauteuil roulant. Consultez notre site Web westjet.com/fauteuils-aides-mobilite pour connaître les exigences en matière de préavis et pour obtenir de plus amples renseignements. Si votre poids est supérieur à 200 kg (440 lb), nous ne pouvons pas vous accueillir à bord.

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

- ☐ Distance ☐ Incapable de monter/descendre des marches ☐ À tout moment

Est-ce que votre patient est 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

Attribution de siège – Les attributions de siège sont possibles uniquement dans la cabine associée à votre tarif (en fonction des places disponibles). Veuillez indiquer votre demande d'attribution de siège et les raisons médicales qui la justifient (expliquez les limitations et restrictions à bord).

Renseignements médicaux supplémentaires – Veuillez fournir des renseignements médicaux supplémentaires que vous jugez pertinents pour la situation de votre patient ou sa demande d'accommodement.

Initiales du prestataire de soins de santé : ____

Date (JJ/MM/AAAA) : __/__/____