

Formulaire d'évaluation des besoins en matière de transport aérien

LIGNES DIRECTRICES POUR LES SOUMISSIONS

Avant votre voyage, veuillez soumettre les deux sections du présent formulaire.

Section 1 : doit être remplie par vous-même ou votre parent, tuteur ou représentant

Section 2 : doit être remplie par votre praticien du domaine de la santé (c'est-à-dire un médecin, le personnel infirmier praticien ou un assistant médical)

Pour nous aider à satisfaire vos besoins en matière de voyage, nous vous recommandons de **soumettre ce document au moins 48 heures avant** votre départ. Pour les demandes effectuées dans un délai inférieur, nous ferons de notre mieux pour répondre à vos besoins.

Veuillez consulter notre page relative à l'Autorisation médicale pour prendre connaissance des lignes directrices précisant à quel moment remplir ce formulaire.

SECTION 1 – PASSAGER

À remplir par vous (le passager) ou votre parent, tuteur ou représentant.

Veuillez remplir cette section par voie électronique ou écrire en LETTRES MAJUSCULES à l'aide d'un stylo noir.

Renseignements sur le passager

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Adresse électronique	Téléphone	__ / __ / __ __ __

Renseignements sur le parent, tuteur ou représentant

Si une personne remplit ce formulaire en votre nom, elle doit entrer ses renseignements dans cette section.

Prénom	Nom de famille	Lien avec le passager
--------	----------------	-----------------------

Adresse électronique (si différente de celle du passager)	Téléphone (si différent de celui du passager)	
--	--	--

Vols antérieurs

Avez-vous déjà pris un vol commercial dans votre état de santé actuel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quand? (JJ/MM/AAAA)	__ / __ / __ __
Avez-vous eu besoin de mesures d'accommodelement pour ce vol? Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous rencontré des problèmes médicaux pendant ce vol? Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

À propos de la personne de soutien

Si vous voyagez avec une personne de soutien, veuillez remplir cette section.

La personne de soutien prévue est-elle en mesure de vous aider dans les situations suivantes, le cas échéant?

- Manger, prendre vos médicaments et aller aux toilettes
- Rejoindre votre siège d'avion ou le quitter pendant le vol
- Vous orienter et communiquer
- Apporter une aide physique en cas d'urgence, notamment en cas d'évacuation ou de décompression

Oui, la personne de soutien prévue est capable de m'aider à répondre à tous mes besoins.
 Non, la personne de soutien prévue ne peut pas me fournir toute l'aide dont j'ai besoin*.

* Veuillez vous assurer que la personne de soutien prévue est prête et capable de vous fournir toute l'aide nécessaire dans les situations susmentionnées.

La personne de soutien prévue :

- Doit être âgée de 18 ans ou plus;
- Ne doit pas avoir besoin de l'aide de la société aérienne pour fournir l'assistance nécessaire à bord;
- Ne doit pas être responsable des besoins d'un autre passager pendant le vol, incluant un bébé, un enfant, un animal de compagnie ou tout autre animal, qui l'empêcherait de fournir l'assistance nécessaire à bord;
- Doit rester et être assise à côté de vous;
- Doit être pleinement capable de s'occuper de ses propres besoins physiques et mentaux pendant le vol, ainsi que des vôtres.

- Oui, la personne de soutien répond à tous les critères susmentionnés.
 Non, la personne de soutien ne répond pas à tous les critères susmentionnés.

Nota : La personne de soutien prévue n'a pas besoin d'avoir une formation médicale et n'est pas tenue de vous aider à placer votre bagage de cabine dans le coffre supérieur à moins qu'elle ne choisisse de le faire.

Autorisation et consentement

La section suivante doit être lue par le passager (ou à ce dernier), et datée et signée par le passager, ou datée et signée par le parent, tuteur ou représentant qui a rempli le formulaire au nom du passager.

Veuillez passer en revue chaque élément ci-après et indiquer votre consentement en apposant votre signature et la date à laquelle vous avez rempli ce formulaire au bas de la section suivante.

Autorisation de collecter, d'utiliser et de divulguer des renseignements

Consentement à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation de 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 la société aérienne afin de me permettre de voyager en toute sécurité, conformément à la politique sur la protection des renseignements personnels de la société aérienne. 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 de futures demandes de service. Veuillez consulter la politique sur la protection des renseignements personnels de la société aérienne pour de plus amples détails.

Consentement à discuter des renseignements avec les praticiens du domaine de la santé et autres

En soumettant ce formulaire, je consens à ce que la société aérienne collecte mes renseignements auprès de mon praticien du domaine de la santé, des membres de ma famille ou des décideurs, et en discute avec eux si je suis incapable de donner mon consentement, afin de garantir des mesures d'accommodement et des soins appropriés pendant le voyage. J'autorise également la société aérienne à transmettre un exemplaire de cette autorisation et de ce consentement à mon praticien du domaine de la santé.

En lettres majuscules, ajoutez le prénom et le nom de famille de votre praticien du domaine de la santé attitré dans l'espace prévu à cet effet.

Par la présente, j'autorise _____ à fournir à la société aérienne les renseignements personnels et médicaux requis par le professionnel de la santé ou le fournisseur de soins de santé de la société aérienne afin d'évaluer mes besoins en matière de transport aérien.

Signature du passager, parent, tuteur, ou représentant

x _____

Date de la signature (JJ/MM/AAAA)

____ / ____ / ____

Initiales du praticien du domaine de la santé : _____

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

Nota : Si votre état de santé ou les renseignements sur le voyage changent de quelque manière que ce soit par rapport à ce qui est indiqué sur ce formulaire, vous devez communiquer avec la société aérienne pour lui indiquer que les renseignements fournis dans ce formulaire ne sont plus valables et vous devrez alors soumettre un nouveau formulaire avant de voyager.

SECTION 2 – PRATICIEN DU DOMAINE DE LA SANTÉ

À remplir par **votre praticien du domaine de la santé attitré** (médecin, infirmier praticien ou assistant médical).

Veuillez remplir cette section par voie électronique ou écrire en LETTRES MAJUSCULES à l'aide d'un stylo noir.

Ce formulaire vise à transmettre des renseignements CONFIDENTIELS afin d'évaluer les besoins médicaux de votre patient, d'assurer la sécurité du voyage et de réduire au minimum le risque d'événement médical préjudiciable.

En tant que **praticien du domaine de la santé** désigné du patient, **vous devez répondre à toutes les questions applicables à votre patient dans la section suivante**. Cochez la case appropriée « Oui » ou « Non » et donnez des réponses concises lorsque des renseignements supplémentaires sont requis.

Les formulaires incomplets pourraient être renvoyés et entraîner un retard dans la décision d'accepter ou non votre patient pour le transport aérien.

Renseignements sur le patient

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

Renseignements sur le praticien du domaine de la santé

Prénom	Nom de famille	Titre professionnel
Numéro de permis	Province/État de pratique	Pays de pratique
Adresse électronique	Téléphone	Télécopieur

Diagnostic et renseignements médicaux		
Diagnostic	Renseignements médicaux (p. ex. type d'opération)	
Médicaments		
Chirurgie/procédure, le cas échéant (hospitalisation récente, pertinente ou prévue/procédure/chirurgie/sédation)	Signes vitaux récents Fréquence cardiaque ____ Tension artérielle ____ Fréquence respiratoire ____ Date de l'examen (JJ/MM/AAAA) ____/____/____	L'état du patient est-il stable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de prise en charge (JJ/MM/AAAA) ____/____/____
Le patient est-il actuellement hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si le patient est actuellement hospitalisé, où sera-t-il transféré à sa sortie? <input type="checkbox"/> À son domicile <input type="checkbox"/> Dans un établissement de soins	Date du congé (JJ/MM/AAAA) ____/____/____

Autres renseignements médicaux	
Le patient a-t-il d'autres problèmes de santé sous-jacents? Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient souffre-t-il d'une maladie infectieuse transmissible qui pourrait constituer une menace directe pour la santé ou la sécurité des autres ou a-t-il été conseillé par les autorités sanitaires publiques ou son praticien du domaine de la santé de rester isolé en raison du caractère contagieux de sa maladie (p. ex. rougeole, tuberculose)? Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'état du patient s'est-il récemment détérioré? Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pronostic du patient pour les vols (sans attention médicale spéciale)	
<p><input type="checkbox"/> Mauvais pronostic Indiquez si l'un des cas suivants s'applique (veuillez cocher les cases) :</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient a un état de santé instable.</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient a un problème de santé qui pourrait s'aggraver dans un avion (c'est-à-dire un environnement hypoxique où la réduction de la pression partielle d'oxygène ambiant peut aller jusqu'à 30 % et avec une pression en cabine équivalente à celle de l'air à une altitude d'environ 2 400 m [8 000 pi] au-dessus du niveau de la mer).</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient pourrait avoir besoin de soins médicaux ou d'un équipement médical d'urgence pendant le vol.</p>	<p><input type="checkbox"/> Bon pronostic L'état de santé du patient est stable et ne s'aggradera pas dans un avion. Le patient n'a pas besoin de soins médicaux ou d'un équipement médical d'urgence.</p>
Renseignements cliniques supplémentaires Veuillez cocher la case « Oui » ou « Non » pour tous les problèmes de santé énumérés ci-après. Chaque fois que vous cochez la case « Oui », veuillez remplir la section correspondante.	

Anémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Si vous avez répondu « Oui » :</p> <p>Taux d'hémoglobine récent en g/dL : ___/___</p> <p>Taux d'hémoglobine postopératoire en g/dL (en cas d'intervention chirurgicale dans les 72 heures précédant le départ du vol) : ___/___</p> <p>Date de la prise de mesure (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___</p> <p>Précisions :</p>
Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir la ou les sections appropriées.</p> <p><input type="checkbox"/> Angine</p> <p>Date du dernier épisode (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___</p> <p>L'état du patient est-il stable?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quel est l'état fonctionnel du patient? (Veuillez cocher une case.)</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun symptôme <input type="checkbox"/> Angine pendant un effort modéré <input type="checkbox"/> Angine pendant un effort minimal <input type="checkbox"/> Angine au repos</p> <p>Le patient peut-il marcher sur une distance de 50 mètres à un rythme normal ou monter 10 à 12 marches sans présenter de symptômes?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p><input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde</p> <p>Date (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___</p> <p>Y a-t-il eu des complications?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :</p> <p>ECG d'effort réalisé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si vous avez répondu « Oui », quel a été le résultat?</p> <p><input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> WATT</p>

En cas d'angioplastie ou de pontage coronarien, le patient peut-il marcher sur une distance de 100 mètres à un rythme normal ou monter 10 à 12 marches sans présenter de symptômes?

- Oui
- Non

Date de la chirurgie/procédure (JJ/MM/AAAA) : _/_/_/____

Insuffisance cardiaque

Date du dernier épisode (JJ/MM/AAAA) : _/_/_/____

L'état du patient est-il stable?

- Oui
- Non

Quel est l'état fonctionnel du patient? (Veuillez cocher une case.)

- Aucun symptôme
- Essoufflement pendant un effort modéré
- Essoufflement pendant un effort minimal
- Essoufflement au repos

Syncope

Date du dernier épisode (JJ/MM/AAAA) : _/_/_/____

Examens?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser les résultats :

Troubles respiratoires

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir la ou les sections appropriées.

Troubles pulmonaires chroniques

Signes vitaux récents :

- Fréquence cardiaque
- Tension artérielle
- Fréquence respiratoire

Date de l'examen (JJ/MM/AAAA) : _/_/_/____

SpO₂ ____ %

- Air ambiant
- Oxygène

L/min _____

Date (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___

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

- Oui
- Non

Le patient retient-il du CO₂?

- Oui
- Non

Un test de provocation hypoxique a-t-il été réalisé?

- Oui
- Non

Date du test (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___

Résultat :

Le patient peut-il marcher sur une distance de 50 mètres à un rythme normal ou monter 10 à 12 marches sans présenter de symptômes?

- Oui
- Non

Le patient est-il essoufflé au repos?

- Oui
- Non

Le patient utilise-t-il de l'oxygène d'appoint au sol?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir cette section.

Oxygène utilisé au repos :

Débit du réservoir d'oxygène : _____ L/min

OU

Nom du modèle de concentrateur d'oxygène portable : _____

Réglage du débit pulsé : _____

Débit continu : _____ L/min

Oxygène utilisé pendant un effort :

Débit du réservoir d'oxygène : _____ L/min

OU

Nom du modèle de concentrateur d'oxygène portable : _____

Réglage du débit pulsé : _____

Débit continu : _____ L/min

Le patient a-t-il besoin d'un concentrateur d'oxygène portable (COP) en vol*?

- Oui
- Non

Sp₀₂ ____ % dans l'air ambiant

Date (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___

Veuillez noter que les besoins en oxygène seront plus élevés en vol qu'au sol.

Le patient connaît-il bien son concentrateur d'oxygène portable (COP) et est-il capable de le faire fonctionner sans aide, notamment pour répondre aux alertes et changer les piles?

- Oui
- Non

Le patient dispose-t-il d'un nombre suffisant de piles correspondant à au moins une fois et demie la durée de son vol? *Veuillez noter que les avions ne disposent pas de prises électriques permettant de recharger les COP.*

- Oui
- Non

* Si votre patient a besoin de services d'oxygène, il doit communiquer avec la société aérienne qui assure son vol pour obtenir de plus amples renseignements.

Troubles psychiatriques (le cas échéant)

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Oui » :

Diagnostic :

Y a-t-il un risque que le patient devienne agité pendant le vol?

- Oui
- Non

Le patient est-il capable de donner son consentement et de prendre des décisions concernant ses soins?

- Oui
- Non

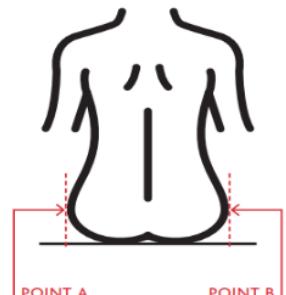
Le patient présente-t-il des troubles cognitifs?

- Oui
- Non

Le patient est-il orienté dans les trois sphères (personnelle, spatiale et temporelle)?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « Non », veuillez expliquer :

<p>Crises</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si vous avez répondu « Oui » :</p> <p>Type de crise :</p> <p>Fréquence :</p> <p>Date du dernier épisode (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___</p> <p>Les crises sont-elles maîtrisées par des médicaments?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Besoin d'une place supplémentaire</p> <p>Si votre patient a besoin d'une place supplémentaire à bord de son vol, veuillez cocher l'un des deux motifs suivants :</p>	
<p><input type="checkbox"/> Place supplémentaire en raison d'un handicap</p> <p>Conformément à la réglementation applicable, la société aérienne fournira une place adjacente dans certaines situations. Cela comprend une place pour une personne de soutien qui aide un passager handicapé. Des tarifs ou des frais connexes peuvent s'appliquer, en fonction de l'itinéraire et de la réglementation locale.</p> <p>Responsabilités d'une personne de soutien</p> <p>Les agents de bord ne sont pas autorisés à fournir une aide spéciale (p. ex. soins infirmiers, soulever, alimentation) aux passagers ayant des besoins médicaux, car ils sont responsables de tous les passagers à bord. Les agents de bord sont formés aux procédures de premiers soins uniquement et ne sont pas autorisés à administrer des injections ou des médicaments. Veuillez vous assurer que la personne de soutien du passager peut fournir toute l'aide nécessaire.</p>	<p><input type="checkbox"/> Place supplémentaire en raison de l'obésité</p> <p><i>Pour les itinéraires entièrement au Canada uniquement</i></p> <p>Pour déterminer le droit du passager à des mesures d'accommodement sous forme de place supplémentaire sans frais, veuillez indiquer les mesures suivantes :</p> <p>Taille : ___ cm Poids : ___ kg Indice de masse corporelle : ___ kg/m² Mesure de la surface occupée* de A à B : _____ cm</p> <p>* <i>La mesure de la surface occupée désigne la distance entre les points les plus proéminents du patient. Pour la calculer, suivez les instructions suivantes :</i></p> 
<p>Votre patient a-t-il besoin d'une personne de soutien pour s'asseoir et rester droit dans un siège d'avion standard lorsque le siège doit être en position verticale, comme pendant le décollage et l'atterrissement?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Votre patient a-t-il besoin d'une personne de soutien pour l'aider à répondre à ses propres besoins à bord, comme se nourrir,</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

prendre des médicaments ou utiliser les toilettes?		<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire asseoir le patient sur une table d'examen recouverte de papier. 2. Placer une règle debout contre le côté gauche du patient, à l'endroit où la taille ou la hanche est la plus proéminente, comme indiqué dans le diagramme. 3. Faire une marque au point de contact entre la règle et le papier et intituler celle-ci « point A ». 4. Placer une règle debout contre le côté droit du patient, à l'endroit où la taille ou la hanche est la plus proéminente. 5. Faire une marque au point de contact entre la règle et le papier et intituler celle-ci « point B ». 6. Mesurer la distance entre les points A et B. Le nombre obtenu correspond à la mesure de la surface occupée. 	
Votre patient a-t-il besoin d'une personne de soutien pour rejoindre et quitter un siège d'avion pendant le vol?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre patient a-t-il besoin d'une personne de soutien pour s'orienter ou communiquer?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre patient a-t-il besoin d'une personne de soutien pour l'aider en cas d'urgence , par exemple lors d'une décompression ou d'une évacuation de l'avion?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si la réponse à l'une des questions ci-dessus est « Oui », qui doit s'occuper de votre patient?			
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Personnel infirmier/paramédical <input type="checkbox"/> Personne de soutien non médical			
Remarques supplémentaires et signature			
Y a-t-il d'autres éléments non mentionnés ci-dessus qui devraient être pris en compte pour déterminer l'aptitude de votre patient à voyager en avion et pour assurer sa sécurité pendant le vol?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :			
Signature du praticien du domaine de la santé désigné X _____	Prénom	Date de la signature (JJ/MM/AAAA) _____ / _____ / _____	
	Nom de famille		