



FICHE DE SANTÉ POUR VOYAGE EN AVION

SERVICES DE SANTÉ

DU LUNDI AU VENDREDI :

6 h - 22 h HE

SAMEDI ET DIMANCHE :

6 h - 20 h HE

COURRIEL :

acmedical@aircanada.ca

TÉL. : **1 800 667-4732** (sans frais d'Amérique du Nord) | TÉLÉC. : **1 888 334-7717** (sans frais d'Amérique du Nord)
1 514 369-7039 (frais d'interurbain applicables) | **1 514 828-0027** (frais d'interurbain applicables)

Les détails personnels et médicaux que vous fournissez dans le présent formulaire seront utilisés par Air Canada pour traiter votre demande d'autorisation médicale et pour vous fournir l'aide nécessaire dans le cadre des dispositions de voyage de votre ou de vos vols exploités par Air Canada. Vos détails médicaux ne seront pas communiqués à d'autres transporteurs.

Conformément au Règlement sur les transports accessibles aux personnes handicapées, Air Canada peut conserver une copie électronique de vos renseignements personnels concernant votre santé pendant au moins trois ans et les utiliser avec votre autorisation ci-dessous si vous effectuez une autre demande de service.

Acceptez-vous? **Oui** **Non** effacer

Si vous cochez Oui, veuillez noter qu'Air Canada pourrait exiger des documents mis à jour selon votre problème de santé. Nous vous invitons à lire la Politique d'Air Canada sur la protection des renseignements personnels pour en savoir plus et pour connaître les coordonnées du Bureau de la vie privée.

Par la présente, je consens à ce que mes données personnelles ou médicales soient traitées et utilisées aux fins indiquées ci-dessus.

SIGNATURE DU PASSAGER OU DE SON TUTEUR LÉGAL	LIEU	DATE

Ce formulaire comporte cinq sections. Veuillez à ce que votre fournisseur de soins de santé remplisse toutes les sections qui correspondent à votre demande.

Les sections sont :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE PATIENT.....	2 - 3
SECTION 1 – PASSAGER AYANT BESOIN D'OXYGÈNE DURANT LE VOYAGE.....	4
SECTION 2 – DÉCLARATION DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE TRAITEMENT.....	5 - 7
SECTION 3 – PLACE SUPPLÉMENTAIRE EN RAISON DE L'OBÉSITÉ.....	8
SECTION 4 – ITINÉRAIRES ENTRE LE CANADA ET LES ÉTATS-UNIS.....	9



INFORMATION RELATIVE AU PASSAGER

NOM		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	
NUMÉRO DE RÉSERVATION			TÉLÉPHONE		
ADRESSE ÉLECTRONIQUE					
NUMÉRO DE VOL	DATE	DE	À		
NUMÉRO DE VOL	DATE	DE	À		
NUMÉRO DE VOL	DATE	DE	À		

Nota : Les sections qui suivent doivent être remplies par votre fournisseur de soins de santé (médecin, infirmier praticien/infirmière praticienne ou adjoint/adjointe au médecin). Sauvegardez le formulaire et transmettez-le à cette personne en version électronique, ou imprimez le formulaire afin qu'elle puisse le remplir à la main. Envoyez le formulaire dûment rempli par courriel à acmedical@aircanada.ca

Un professionnel de la santé d'Air Canada ou un fournisseur de soins de santé professionnel employé par Air Canada pourrait appeler votre fournisseur de soins de santé si les renseignements sont incomplets ou si votre condition n'a pas été suffisamment évaluée.

INFORMATION RELATIVE AU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

NOM ET TITRE PROFESSIONNEL		NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE	
PAYS OU PROVINCE DE PRATIQUE	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR	
ADRESSE ÉLECTRONIQUE			

SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ	DATE
--	------



NOM DU PASSAGER _____

NUMÉRO DE RÉSERVATION _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE PATIENT

(OBLIGATOIRE POUR TOUT VOL NON ASSUJETTI À LA SECTION 4/VOLS CANADA—ÉTATS-UNIS)

DIAGNOSTIC _____

DATE DE DÉBUT _____

Le problème de santé est-il résolu/l'état est-il stable? **Oui Non**

Symptômes actuels et gravité : _____

Nature de tout traitement ou intervention chirurgicale : _____ Date : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS

Anémie :	Non	Oui – hémoglobine : _____ g/dL
Oxygène d'appoint nécessaire pour le voyage :	Non	Oui – s.v.p. remplir la section 1
Accompagnateur ou aide à la mobilité nécessaire :	Non	Oui – s.v.p. remplir la section 2a
Troubles respiratoires (aigus ou chroniques) :	Non	Oui – s.v.p. remplir la section 2b
Épilepsie :	Non	Oui – s.v.p. remplir la section 2c
Troubles cardiaques (y compris syncope) :	Non	Oui – s.v.p. remplir la section 2d
Troubles psychiatriques/comportementaux/cognitifs :	Non	Oui – s.v.p. remplir la section 2e
Allergie aux chats ou aux chiens :	Non	Oui – s.v.p. remplir la section 2f

Signes vitaux :	SATURATION EN OXYGÈNE %	AIR AMBIANT ou O ₂ L/min	TENSION ARTÉRIELLE	POULS
Pronostic pour le voyage :	Bon <i>(Aucun problème anticipé)</i>	Réservé <i>(Problèmes potentiels)</i>	Mauvais <i>(Problèmes anticipés)</i>	

SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ _____

DATE _____



NOM DU PASSAGER

NUMÉRO DE RÉSERVATION

SECTION 2 – DÉCLARATION DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE TRAITEMENT

DIAGNOSTIC

DATE DE DÉBUT

Traitement : _____

Médicaments : _____

La pression en cabine équivaut à celle de l'air à une altitude de 2 400 m (8 000 pi) au-dessus du niveau de la mer, ce qui signifie une réduction de 25 % de la pression partielle d'oxygène ambiant et une expansion du volume de gaz. L'état de santé du passager risque-t-il d'en être affecté? **Oui Non**

a) Le patient a-t-il besoin d'un accompagnateur pour voyager? Oui Non

Raison médicale pour laquelle le passager ne peut voyager seul :

Le passager a-t-il besoin d'aide pendant le vol pour manger, prendre ses médicaments et utiliser les toilettes? **Oui Non**

Qui devrait accompagner le passager?

Médecin

Infirmier/infirmière

Autre (membre de la famille ou ami d'âge adulte en mesure de répondre aux besoins personnels du patient et de veiller à sa sécurité)

Incontinence (selles) : **Oui Non Si non, méthode de contrôle :** _____Incontinence (urine) : **Oui Non Si non, méthode de contrôle :** _____

Le patient peut-il **se déplacer sans aide**? **Oui Non**

Si non, préciser :

Un fauteuil roulant est requis à l'embarquement : jusqu'à l'avion jusqu'au siège

Le passager a son propre fauteuil roulant : électrique manuel

Si le patient est un adulte ayant une déficience cognitive qui ne nécessite pas la présence d'un accompagnateur pendant le vol, aura-t-il besoin d'aide à l'aéroport? **Oui Non**

SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

DATE



NOM DU PASSAGER _____

NUMÉRO DE RÉSERVATION _____

SECTION 2 – DÉCLARATION DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE TRAITEMENT - SUITE**b) Troubles pulmonaires chroniques : Oui Non****Si oui**, indiquer le diagnostic : _____
_____Essoufflement : **Oui Non****Si oui**, préciser : À l'effort Au reposLe passager peut-il tolérer un effort léger, par exemple, marcher sur une distance de 100 m à un rythme normal ou monter de 10 à 12 marches sans présenter de symptôme? **Oui Non**Le patient a-t-il récemment voyagé à bord d'un avion commercial depuis qu'il présente ces troubles? **Oui Non****Si oui**, y a-t-il eu des complications ou des problèmes médicaux?
_____Le patient a-t-il eu une gazométrie artérielle récemment? **Oui Non****Si oui**, quels étaient les résultats?pCO₂ _____ pO₂ _____ Saturation _____ % Date de l'examen : _____Conditions d'examen : Air ambiant Oxygène _____ **L/min****c) Épilepsie? Oui Non**

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****d) Troubles cardiaques? Oui Non**Le passager peut-il tolérer un effort léger, par exemple, marcher sur une distance de 100 m à un rythme normal ou monter de 10 à 12 marches sans présenter de symptôme? **Oui Non****Angine :** **Oui Non** Date du dernier épisode : _____

Limites relatives à l'activité physique :

Aucune Légères Marquées
Importantes**Infarctus du myocarde :** **Oui Non** Date : _____ Complications : **Oui Non**

Préciser : _____

Risques cardiovasculaires faibles démontrés par une angiographie ou un examen non invasif? **Oui Non**

En cas d'angioplastie ou de pontage coronarien — Date : _____

SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ _____

DATE _____



NOM DU PASSAGER

NUMÉRO DE RÉSERVATION

SECTION 2 – DÉCLARATION DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE TRAITEMENT - SUITE**Insuffisance
cardiaque :****Oui Non** Date du dernier épisode : _____**Classe fonctionnelle :** aucun symptôme**Essoufflement :** provoqué par un effort soutenu
provoqué par un effort léger
au repos**Syncope :****Oui Non** Diagnostic/Cause probable : _____
Investigations, le cas échéant : _____**e) Troubles psychiatriques/comportementaux/cognitifs? Oui Non**

Diagnostic : _____

Le patient pourrait-il devenir agité pendant le vol et constituer un risque pour la sécurité
ou perturber fortement son entourage? **Oui Non**Le patient a-t-il voyagé à bord d'un vol commercial depuis qu'il présente ce trouble? **Oui Non****Si oui**, était-il : seul
accompagné—Date du voyage : _____**f) Allergie : Oui Non**Le passager voyage-t-il avec son propre inhalateur-doseur contre l'asthme? **Oui Non****Allergie aux chats : Oui Non****Si oui**, le passager souffre-t-il de :picotement des yeux écoulement nasal toux
râles sibilants (wheezing) essoufflement éruptions cutanées/démangeaisons**Allergie aux chiens : Oui Non****Si oui**, le passager souffre-t-il de :picotement des yeux écoulement nasal toux
râles sibilants (wheezing) essoufflement éruptions cutanées/démangeaisons**Autres renseignements médicaux :**_____

SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

DATE



NOM DU PASSAGER

NUMÉRO DE RÉSERVATION

SECTION 3 – PLACE SUPPLÉMENTAIRE EN RAISON DE L'OBÉSITÉ

APPLICABLE UNIQUEMENT AUX ITINÉRAIRES ENTIÈREMENT À L'INTÉRIEUR DU CANADA

CETTE SECTION NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE POUR UNE DEMANDE DE PLACE SUPPLÉMENTAIRE EN RAISON DE L'OBÉSITÉ

Les renseignements fournis ci-dessous permettront à Air Canada de déterminer si le passager est admissible à des mesures d'accommodement sous forme de place(s) supplémentaire(s) sans frais.

S'il s'agit d'une première évaluation, vérifier que toutes les sections aux pages précédentes ont été remplies par le médecin traitant.

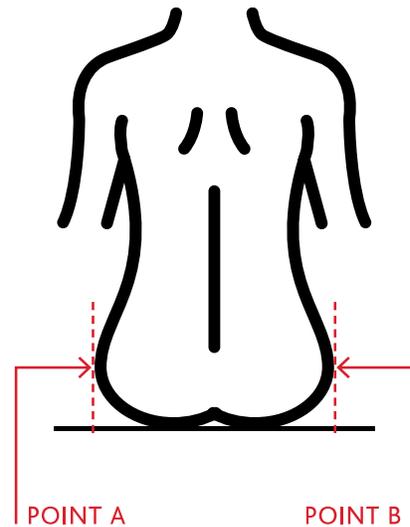
S'il s'agit d'un renouvellement, un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un infirmier praticien/une infirmière praticienne peut remplir cette section pourvu que le médecin n'ait pas relevé d'autres comorbidités lors de l'évaluation initiale et que la capacité physique du passager à voyager en avion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

Mensurations (en mesures métriques)

- a) Poids _____ kg
- b) Taille _____ cm
- c) Indice de masse corporelle _____ (kg/m²)
- d) Mesure de la surface occupée* de 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. 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 le plus proéminente, comme dans le diagramme à droite.
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 le 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, puis inscrire le résultat à la (ligne d) ci-dessus intitulée Mesure de la surface occupée.



Téléphonez aux Services de santé 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 FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

DATE



NOM DU PASSAGER

NUMÉRO DE RÉSERVATION

SECTION 4 – ITINÉRAIRES ENTRE LE CANADA ET LES ÉTATS-UNIS

DANS LE CAS DE PASSAGERS VOYAGEANT À BORD D'UN VOL ENTRE LE CANADA ET LES ÉTATS-UNIS, **NOUS EXIGEONS UNIQUEMENT QUE LA SECTION 4** DE LA PRÉSENTE FICHE DE SANTÉ POUR VOYAGE EN AVION **SOIT REMPLIE.**

TOUTEFOIS, NOUS RECOMMANDONS FORTEMENT QUE LE MÉDECIN TRAITANT REMPLISSE LA SECTION 2 POUR NOUS ASSURER QUE L'ÉTAT DU PASSAGER NE RISQUE PAS DE S'AGGRAVER DANS UN ENVIRONNEMENT CABINE HYPOXIQUE.

1) Doute raisonnable

Pensez-vous que le passager pourra effectuer le vol de façon sécuritaire sans devoir recourir à une assistance médicale spéciale?

Oui Non

Si non, 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 le déroulement normal du vol?

Oui Non

- b) Y a-t-il des mesures ou des précautions devant être prises afin de prévenir la transmission de la maladie ou de l'infection aux autres passagers pendant le déroulement normal du vol?

Oui Non

Si oui, préciser lesquelles : _____

- c) Le passager a-t-il un problème médical avéré qui l'empêche de porter un couvre-visage?

Oui Non

3) Oxygène

Le passager a-t-il besoin d'oxygène au sol, ou aura-t-il besoin d'oxygène d'appoint durant le vol?

Oui Non

Si oui, remplir la **SECTION 1** (page 3)

**EFFACER LE
FORMULAIRE**

SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

DATE*