

Le médecin traitant du passager doit répondre à toutes les questions au meilleur de sa connaissance au moment de la visite médicale. Ce formulaire doit être retourné avec un minimum de 7 jours ouvrables avant le départ. Un certificat additionnel pourrait être requis.

SVP retourner le formulaire au *Département des requêtes spéciales* par télécopie (514) 906-5452 ou courriel [request@airtransat.com](mailto:request@airtransat.com)

## INFORMATION du PASSAGER

Nom du passager \_\_\_\_\_

Date de naissance Jour / mois / année

No de réservation \_\_\_\_\_

Itinéraire Date de départ Jour / mois / année No de vol: TS- (De \_\_\_\_ À \_\_\_\_ )

Date de retour Jour / mois / année No de vol: TS- (De \_\_\_\_ À \_\_\_\_ )

Contact Téléphone ( )

Courriel \_\_\_\_\_

## INFORMATION du MÉDECIN

Nom \_\_\_\_\_

Province/Numéro de permis \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

## INFORMATION MÉDICALE

1. Condition médicale (diagnostic) \_\_\_\_\_
2. Traitement ou intervention \_\_\_\_\_
3. Saturation en oxygène (au sol) \_\_\_\_\_ % à l'air ambiant  
**ou**  
\_\_\_\_\_ % avec Oxygène par cylindre à \_\_\_\_\_ Lpm  
ou COP réglages \_\_\_\_\_ mode pulsé \_\_\_\_\_ en continu
4. Le passager a-t-il besoin d'oxygène supplémentaire pour le voyage ?  
\_\_\_ Non \_\_\_ Oui—le passager a besoin d'oxygène à \_\_\_\_\_ Lpm  
\_\_\_ Oui—le passager a besoin d'un COP réglages \_\_\_\_\_ mode pulsé ou \_\_\_\_\_ en continu  
(svp indiquer le modèle) \_\_\_\_\_
5. Anémie \_\_\_\_\_ Non \_\_\_ Oui—hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/dL
6. Troubles pulmonaires \_\_\_\_\_ Non \_\_\_ Oui—svp spécifier : \_\_\_\_\_
7. Troubles cardiaques \_\_\_\_\_ Non \_\_\_ Oui—svp spécifier : \_\_\_\_\_
8. Maladie contagieuse \_\_\_\_\_ Non \_\_\_ Oui—svp spécifier : \_\_\_\_\_
9. Troubles de comportement /Cognitifs \_\_\_\_\_ Non \_\_\_ Oui—svp spécifier : \_\_\_\_\_
10. Le passager a-t-il besoin d'équipement médical autre que de l'oxygène supplémentaire ?  
\_\_\_ Non \_\_\_ Oui—type d'équipement requis (*chaise roulante, triporteur, etc*) \_\_\_\_\_
11. Le passager a-t-il besoin d'un accompagnateur? \_\_\_ Non \_\_\_ Oui:  MD  Infirmière  Famille/Ami
12. Le passager peut-il veiller lui-même à ses besoins personnels quant aux repas, à l'utilisation des toilettes, etc.  
\_\_\_ Non \_\_\_ Oui Si non, veuillez spécifier \_\_\_\_\_
13. Le passage peut-il utiliser un fauteuil d'avion en position verticale si nécessaire ? \_\_\_ Non \_\_\_ Oui

SVP répondez (lettres moulées) à toutes les questions et retournez au *Département des requêtes spéciales* le plus tôt possible.  
Tous les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du passager. Version Mai 2018

