



MEDIF

Avis de transport de passagers nécessitant une attention particulière

À remplir par le médecin traitant

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 remis avec un minimum de 7 jours ouvrables avant le départ.

Un certificat médical additionnel pourrait être requis.

*SVP répondez (lettres moulées) à toutes les questions et retournez au Département des requêtes spéciales le plus tôt possible par télécopie **(514)906-5452***

ou

*courriel **demande@airtransat.com***

Tous les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du passager.

NOM DU PASSAGER _____ **NO DE RESERVATION** _____

INFORMATION du MÉDECIN

Nom _____ Province/Numéro de permis _____

Téléphone _____ Courriel _____

Signature _____ Date _____

Air Transat

Attn: Département des requêtes spéciales
5959, boulevard de la Côte-Vertu
Montréal, Québec, Canada H4S 2E6

Fax: (514)906-5452

demande@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 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—svp spécifier l'accompagnateur
(ex. : MD, Infirmière, Famille) : _____
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
14. Autre remarque ou information: _____

