

Vous devez assumer les frais encourus pour remplir ce formulaire.

Ce formulaire est interactif. Vous pouvez inscrire les renseignements sur le formulaire et l'imprimer avant de le signer. Si vous le remplissez à la main, assurez-vous d'inscrire lisiblement vos renseignements pour éviter tout retard. Veuillez remplir ce formulaire en entier; aucune décision relative à un accommodement ne sera prise si les formulaires sont incomplets. Transmettez les formulaires remplis à WestJet par courriel à l'adresse MedDesk@WestJet.com ou par télécopieur au 1-866-737-1202.

Renseignements relatifs au patient

Nom de famille (fournissez le nom, exactement comme il figure sur les papiers d'identité du voyageur) Prénom Second prénom

Date de naissance aaaa-mm-jj	Sexe		
	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Non précisé
Adresse courriel		Numéro de téléphone	
Adresse		Ville	
Province/État		Code postal	Pays
ID WestJet (facultatif, mais cela peut nous aider à offrir certains services) Numéro OP de WestJet (uniquement si vous avez déjà eu une approbation d'accommodement)			
Date prévue du voyage aaaa-mm-jj (obligatoire)	Ville de départ (obligatoire)		Destination du vol (obligatoire)

Autre personne à contacter

Veuillez fournir les coordonnées d'une autre personne à contacter (il peut s'agir d'un parent, d'un tuteur ou d'un décideur) si le patient est un enfant ou s'il ne peut pas faire valoir ses droits. Cette autre personne aura accès aux renseignements médicaux présentés ici et pourra fournir des détails concernant l'état de santé de votre patient au nom de ce dernier.

Nom	Relation
Adresse courriel (si elle diffère de celle du patient)	Numéro de téléphone (s'il diffère de celui du patient)

Antécédents de voyages

Avez-vous déjà voyagé à bord d'un avion commercial avec le problème médical indiqué sur ce formulaire?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous souffert de complications médicales ayant nécessité une intervention médicale pendant un vol commercial?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Si oui, veuillez indiquer la date et les détails.

Consentement et accord du patient

En apposant ma signature, en saisissant ou en écrivant mon nom sur la ligne de signature ci-dessous, je _____ consens à la collecte, à la divulgation et à la conservation des renseignements médicaux figurant sur ce formulaire et/ou des renseignements liés à un événement médical à bord dans le but d'assurer un voyage sécuritaire et je reconnais que ces renseignements médicaux demeureront confidentiels conformément à la politique de confidentialité de WestJet. Je consens et j'autorise WestJet ainsi que les professionnels de la santé qui me traitent à fournir, à recevoir et à discuter des renseignements médicaux inscrits dans ce formulaire, de tout autre renseignement de santé, de mes antécédents de voyage et de mes prochains voyages avec WestJet pour assurer mon transport sécuritaire en avion avec WestJet et ses filiales. À cette fin, je consens à ce que WestJet divulgue aux professionnels de la santé qui me traitent des renseignements relatifs à un ou des événements médicaux survenus à bord avant ou après la signature de ce consentement et de cette autorisation. Ce consentement et cette autorisation sont valables pour tout professionnel de la santé détenant des renseignements pertinents à mon évaluation ou concernant ma capacité à prendre l'avion en toute sécurité avec WestJet, qu'il s'agisse ou non du même médecin que celui mentionné dans le présent formulaire, ou à tout organisme de soutien organisant des déplacements en mon nom. Je reconnais que si ma demande est approuvée, WestJet me fournira les accommodements appropriés dans le cadre de mes déplacements avec WestJet. J'accepte de fournir des renseignements médicaux à jour pour tout changement significatif concernant mon état de santé ou si je subis un événement médical à bord, et j'autorise par la présente WestJet à communiquer avec tout professionnel de la santé détenant des renseignements pertinents concernant ma capacité de voyager en toute sécurité avec WestJet à la suite de tout changement significatif concernant mon état de santé ou de tout événement médical à bord. J'accepte également de respecter les conditions de toute mesure d'adaptation pour des raisons médicales, y compris les exigences relatives à l'accompagnateur personnel et les restrictions applicables aux compagnons de voyage.

Signature (patient, parent, tuteur ou décideur)	Date aaaa-mm-jj
---	-----------------

Coordonnées du médecin

Toutes les pages restantes doivent être remplies par un médecin. Pour une liste des besoins médicaux, veuillez consulter la section sur [les renseignements pour les professionnels de la santé](#) sur notre site à westjet.com.

Nom du médecin		Numéro de permis	
Province ou pays d'enregistrement		Ville	
Adresse courriel (facultatif)	Numéro de téléphone	Télécopieur	Date de la première visite aaaa-mm-jj

Voyez-vous ce patient régulièrement?		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Anémie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquez le taux d'hémoglobine	g/L	Date
Nécessite un accompagnateur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, remplissez la section 1		
A besoin d'un siège supplémentaire en cas d'obésité	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, remplissez la section 1 et 2		
Allergies graves nécessitant une zone tampon à bord	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, remplissez la section 1.a		
Votre patient souffre-t-il d'une infection ou d'une maladie contagieuse qui peut être transmise ou constituer une menace directe à la santé et à la sécurité des autres personnes durant le déroulement normal de leur voyage?		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Le fait de voler dans un avion à une altitude de croisière (2 400 m/8 000 pi) au-dessus du niveau de la mer où il y a une diminution de 25 à 30 % de la pression partielle de l'oxygène (hypoxie relative) affectera-t-il l'état de santé de votre patient?		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Si oui, veuillez expliquer					

Pronostic pour un transport sécuritaire sans assistance médicale particulière

Bon

Faible si votre patient répond à l'un des énoncés suivants :

- Un état de santé instable
- Un problème de santé qui peut se détériorer en altitude dans un environnement hypoxique
- Peut avoir besoin d'une assistance médicale ou d'un équipement médical d'urgence durant le vol

Consentement du médecin

En signant ce formulaire, je reconnais que je fournis des renseignements que WestJet utilisera pour évaluer la capacité de mon patient et les mesures nécessaires pour un transport sécuritaire. Par conséquent, j'atteste que tous les renseignements fournis sont complets, vrais et exacts à ma connaissance.

Signature (médecin/infirmière praticienne)	Date aaaa-mm-jj	Étampe du cabinet du médecin requis

Section 1: Déclaration de l'état de santé

Diagnostic	Date d'apparition aaaa-mm-jj
Symptômes actuels et gravité	
Traitements/médicament(s) prescrit(s)	
Hospitalisation, acte médical, intervention chirurgicale ou sédation récente, pertinente ou prévue	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Nature de l'hospitalisation, de l'acte médical, de l'intervention chirurgicale ou de la sédation	Date aaaa-mm-jj
Le patient est-il présentement hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, à sa sortie il ira	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> établissement
Date de sortie de l'hôpital aaaa-mm-jj	Hémoglobine g/L Date de prélèvement sanguin MM/DD/YY

a. Allergies

À remplir uniquement si votre patient souffre d'une allergie qui est gravement débiliteante ou qui met sa vie en danger au point de nécessiter l'aménagement d'une zone tampon à bord de l'avion.

Allergène	Symptômes	Allergène	Symptômes
	<input type="checkbox"/> Urticaire		<input type="checkbox"/> Urticaire
	<input type="checkbox"/> Éternuement		<input type="checkbox"/> Éternuement
	<input type="checkbox"/> Anaphylaxie		<input type="checkbox"/> Anaphylaxie
	<input type="checkbox"/> Crise d'asthme		<input type="checkbox"/> Crise d'asthme

b. Problème pulmonaire

Type de condition

Votre patient souffre-t-il d'essoufflement?

Non
 Oui, au repos
 Oui, avec des efforts physiques légers de marche sur 50 m
 Oui, avec des efforts physiques importants de marche sur 50 m

L'état de votre patient s'est-il détérioré récemment?

Non
 Oui

Détails

Saturation en oxygène	Débit continu L/min	Réglage d'impulsion du COP	<input type="checkbox"/> Air ambiant
%			

Votre patient a-t-il besoin d'oxygène à la maison?

Non
 Oui

Si oui, quel dispositif votre patient utilise-t-il?

 Réservoir d'oxygène

 Concentrateur d'oxygène personnel

Débit L/min

Paramètres d'émission d'impulsions

Débit continu

L/min

Utilisation heures/jour

Utilisation heures/jour

Utilisation

heures/jour

Votre patient aura-t-il besoin d'oxygène en vol?

 Non

 Oui

Quantité maximale L/min requise durant le vol

Réglage d'impulsion maximale pendant le vol

En ce qui concerne l'utilisation d'un concentrateur d'oxygène portatif (COP), veuillez consulter westjet.com/oxygene pour obtenir les exigences et les restrictions en matière de documentation. WestJet ne fournit pas d'oxygène à utiliser à bord de ses avions et les bouteilles d'oxygène gazeux/réservoirs d'oxygène sont interdits à bord de tous les vols exploités par WestJet.

Veuillez confirmer que votre patient apportera son propre COP à bord pour l'utiliser pendant le vol.

 Non

 Oui

Votre patient peut-il gérer entièrement son concentrateur personnel d'oxygène pendant le vol, y compris répondre aux alertes et échanger les batteries?

 Non

 Oui

Votre patient a-t-il assez de batteries pour tenir au moins 1,5 fois la durée de son vol?

 Non

 Oui

c. Problèmes cardiaques

Type de condition

Saturation en oxygène

%

Débit continu L/min

Réglage d'impulsion du COP

 Air ambiant

Angine

 Non

 Oui

Date aaaa-mm-jj

L'état de votre patient est

 Stable

 Instable

Si son état est instable, sélectionnez une réponse

 Aucun symptôme

 Angine au repos

 Angine avec des efforts importants

 Angine avec peu d'efforts

Infarctus du myocarde

 Non

 Oui

Date aaaa-mm-jj

Complications

 Stable

 Instable

Angiogramme/Angioplastie/Pontage

Date de l'intervention aaaa-mm-jj

 Angiogramme

 Angioplastie

 Pontage

Insuffisance cardiaque

 Non

 Oui

Classification de la NYHA : 1-4

Détails

Syncope

 Non

 Oui

Dernière crise aaaa-mm-jj

Examens

 Non

 Oui

 Non diagnostiqué

Si des examens ont été faits, indiquez les résultats et les causes

Initiales du médecin

Date

d. Convulsions

Type	Fréquence	Durée
Date de la dernière crise aaaa-mm-jj		Date de la dernière visite à l'hôpital en raison d'une crise d'épilepsie aaaa-mm-jj
Les crises sont-elles stables et peuvent-elles être contrôlées par des médicaments?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
L'oxygène ou l'aspiration sont-ils requis pour gérer les crises?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Quelles mesures sont prises pour gérer la crise?		

e. Troubles cognitifs, comportementaux ou psychiatriques

Type de condition et explication

Est-il possible que l'état de votre patient se détériore pendant le vol? Non Oui

Si oui, veuillez expliquer

Votre patient est-il alerte et orienté dans les trois sphères (personne, lieu, moment)? Non Oui

Si non, remplissez les besoins d'assistance

f. Mobilité

N'utilisez pas ce formulaire pour demander l'utilisation d'un fauteuil roulant. Consultez notre site westjet.com/fauteuils-roulants 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. Veuillez communiquer avec le Bureau médical de WestJet, car il est possible que nous puissions vous aider à trouver une autre solution.

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

La distance
 L'impossibilité de monter/descendre les marches
 En tout temps

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

g. Attribution de sièges

Veuillez remplir une demande d'attribution de sièges avec justification médicale à l'appui.

Initiales du médecin	Date
----------------------	------

h. Besoin d'assistance

Une fois à bord de l'appareil, votre patient est-il en mesure de :

Prendre des médicaments sans aide?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Utiliser la toilette sans aide (une fois à l'intérieur de la toilette)?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Gérer ses repas sans aide?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Si non, quel est le type d'aide requis?	<input type="checkbox"/> Manger	<input type="checkbox"/> Ouvrir les contenants
		<input type="checkbox"/> S'installer/s'orienter

Indiquez les besoins d'aide supplémentaires ou spéciaux dont votre patient a besoin à bord de l'avion :

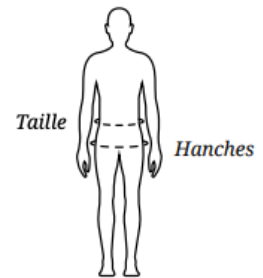
Décrivez la justification médicale objective, y compris les restrictions médicales de votre patient qui l'empêchent de voyager de manière autonome une fois à bord de l'avion.

i. Renseignements médicaux supplémentaires

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

Section 2: Accommodement de sièges en cas d'obésité

Taille cm	Poids kg
Tour de la taille au nombril cm	Tour maximal des hanches au-dessus du pli fessier cm



Initiales du médecin

Date