

1.	<b>Nom / Prénom</b> <i>Last name / First name :</i> _____  <b>Numéro de réservation (PNR)</b> <i>Passenger name record (PNR) :</i> _____  <b>Itinéraire (aller et retour)</b> <i>Proposed itinerary (round trip) :</i> _____  <b>Numéro(s) de vol(s)</b> <i>Flight number(s) :</i> _____  <b>Classe(s) / Class(es) :</b> _____ <b>Date(s) / Date(s) :</b> _____
2.	<b>Nature de l'handicap</b> <i>Nature of disability :</i> _____
3.	<b>Civière demandée à bord ?</b> <i>Stretcher needed onboard ? :</i> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/>
4.	<b>Accompagnateurs</b> <i>Intended escorts</i> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/>  <b>Nom / Name :</b> _____ <b>Sexe / Gender :</b> <b>Homme / Male</b> <input type="checkbox"/> <b>Femme / Female</b> <input type="checkbox"/>  <b>Date de naissance (jj/mm/aaaa) / Date of birth (dd/mm/yyyy) :</b> ___/___/____ <b>PNR si différent / PNR if different :</b> _____  <b>Qualification médicale / Medical qualification :</b> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/> <b>Langue parlée / Language spoken :</b> _____
5.	<b>Demande d'un fauteuil roulant / Wheelchair needed :</b> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/>  <b>Catégorie de fauteuil roulant / Wheelchair category :</b> <input type="checkbox"/> WCHR <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> WCHS <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> WCHC <sup>3</sup>  <small><sup>1</sup> WCHR - de l'enregistrement à la salle d'embarquement / From checkin to boarding room  <sup>2</sup> WCHS - de l'enregistrement à la porte de l'avion / From checkin to the aircraft gate  <sup>3</sup> WCHC - de l'enregistrement au siège de l'avion / From checkin to the cabin seat</small>
	<b>Fauteuil personnel / Own wheelchair :</b> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/> <b>Si oui / If yes :</b> <b>Fauteuil pliant / Collapsible :</b> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/> <b>Type de fauteuil / wheelchair type :</b> <input type="checkbox"/> WCBD <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> WCBW <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> WCMP <sup>6</sup> <small><sup>4</sup> WCBD : siège à piles sèches / Dry cell batteries  <sup>5</sup> WCBW : siège à piles liquides / Wet cell batteries  <sup>6</sup> WCMP : siège à puissance manuelle / Manual power batteries</small>
6.	<b>Ambulance nécessaire (à être organisé par le passager ou son accompagnateur)</b> <i>Ambulance needed (to be arranged by the passenger or his/her representative) :</i> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/>  <b>Adresse de destination / Address of destination :</b> _____ <b>Nom de la société de l'ambulance / Name of ambulance company :</b> _____ <b>Contact ambulance (nom + tel), escale de départ / Contact of ambulance (name + phone), of departure :</b> _____ <b>Contact ambulance (nom + tel), escale d'arrivée / Contact of ambulance (name + phone), at arrival :</b> _____
7.	<b>Accueil et assistance / Meet and assist :</b> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/> <b>Si personne désignée, préciser le contact / if designated person, specify contact :</b> _____
8.	<b>Autres assistances au sol demandées / Other ground arrangements needed :</b> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/> <b>Si oui, préciser / If yes, specify :</b> _____ <b>Aéroport de départ / Departure airport :</b> _____ <b>Aéroport de transit / Transit airport :</b> _____ <b>Aéroport d'arrivée / Arrival airport :</b> _____
9.	<b>Demandes particulières durant le vol / Special inflight arrangements needed :</b> <b>Oui / Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non / No</b> <input type="checkbox"/> <b>Si oui, préciser la demande (repas particulier, siège spécial...) / If yes, specify type of arrangements (special meal, special seat...):</b> _____ _____  <b>Équipement particulier (respirateur, couveuse, oxygène...) / Special equipment (respirator, incubator, oxygen...):</b> _____ _____  <b>Société d'assistance / Arranging company :</b> _____

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du passager / Passenger's signature :

Partie A – à faire remplir par le médecin traitant

Information sheet for passengers requiring medical clearance,

Part A – to be completed or obtained from the attending physician

<b>1.</b>	<p><b>Nom du patient</b> <i>Patient's name:</i> _____</p> <p><b>Date de naissance (jj/mm/aaaa)   Date of birth (dd/mm/yyyy):</b> ___/___/____</p> <p><b>Sexe   Gender:</b> <b>Homme   Male</b> <input type="checkbox"/> <b>Femme   Female</b> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Nationalité   Nationality:</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Taille (m)   Height (m):</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Poids (kg)   Weight (kg):</b> _____</p>
<b>2.</b>	<p><b>Diagnostic (y compris date de début de la maladie, de l'épisode ou de l'accident en cours de traitement) – Préciser si contagieux</b> <i>Diagnosis (including date of onset of current illness, episode or accident and treatment) – Specify if contagious:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Nature et date de toute opération chirurgicale récente et / ou importante :</b> <i>Nature and date of any recent and / or relevant surgery:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>3.</b>	<p><b>Symptômes actuels et gravité   Current symptoms and severity:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>4.</b>	<p><b>Une réduction de 25% à 30% de la pression partielle d'oxygène de l'atmosphère (hypoxie relative) affectera-t-elle la maladie du passager ? (Pression de la cabine équivalant à un voyage en montagne avec passage rapide à une altitude de 2 400 mètres (8 000 pieds) au-dessus du niveau de la mer).</b></p> <p><i>Will a 25% to 30% reduction in the ambient partial pressure of oxygen (relative hypoxia) affect the passenger's medical condition? (Cabin pressure to be the equivalent of a fast trip to a mountain elevation of 2400 metres (8000 feet) above sea level).</i></p> <p><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></p>
<b>5.</b>	<p><b>Informations cliniques supplémentaires   Additional clinical information</b></p> <p>a. <b>Anémie   Anemia</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span>  <b>Si oui, donner un résultat récent en gramme d'hémoglobine   If yes, give recent result in grams of hemoglobin:</b> _____</p> <p>b. <b>Troubles psychiatriques   Psychiatric</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span>  <b>Si oui, voir Partie B   If yes, see Part B</b></p> <p>c. <b>Maladie cardiaque   Cardiac condition</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span>  <b>Si oui, voir Partie B   If yes, see Part B</b></p> <p>d. <b>Continence urinaire   Normal bladder control</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span>  <b>Si non, donner le mode de contrôle   If no, give mode of control</b></p> <p>e. <b>Continence fécale   Normal bowel control</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span></p> <p>f. <b>Maladie respiratoire   Respiratory condition</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span>  <b>Si oui, voir Partie B   If yes, see Part B</b></p> <p>g. <b>Utilise-t-il/elle l'oxygène à domicile ?   Does the patient use oxygen at home?</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span>  <b>Si oui, préciser combien   If yes, specify how much</b> _____</p> <p>h. <b>Oxygène nécessaire pendant le vol ?   Oxygen needed in flight?</b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span>  <b>Si oui, préciser le débit d'O<sup>2</sup> en l/mn</b>  <i>If yes, specify the flow rate of O<sup>2</sup> in l/mn</i> <span style="float: right;">... 1.2 ... 2.0 ... 2.8 ... 3.6 ... 4.4 ... 5.2</span></p>
<b>6.</b>	<p><b>Accompagnateur   Escort</b></p> <p><b>Le/la patient(e) est-il/elle en état de voyager sans accompagnement ? * <i>Is the patient fit to travel unaccompanied?</i></b> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span></p> <p>a. <b>Si non, un service d'assistance (proposé par la compagnie pour embarquer et débarquer) sera-t-il suffisant ?</b>  <i>If no, would a meet-and-assist (provided by the airline to embark and disembark) be sufficient?</i> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. <b>Si non, le patient aura-t-il son propre accompagnateur pour s'occuper de ses besoins à bord ?</b>  <i>If no, will the patient have a private escort to take care of his/her needs onboard?</i> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. <b>Si non, qui escortera le/la passager(ère)</b>  <i>If no, who will escort the passenger?</i> <span style="float: right;"><b>Médecin   Doctor</b> <input type="checkbox"/> <b>Infirmier   Nurse</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre   Other</b> <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. <b>Si oui, l'accompagnateur est-il parfaitement capable de prendre en charge tous les besoins ci-dessus ?</b>  <i>If yes, is the escort fully capable to attend to all the above needs?</i> <span style="float: right;"><b>Oui   Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>Non   No</b> <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>* La présence d'un accompagnateur est obligatoire si le passager : ne peut boucler lui-même sa ceinture, ne peut pas s'alimenter seul, ne peut satisfaire aux règles physiologiques élémentaires après avoir été accompagné aux toilettes ou sur décision du médecin de la compagnie, après étude du dossier médical.</b></p> <p><i>* The presence of a companion is compulsory if the passenger: can not buckle his belt himself, can not feed himself alone, can not satisfy the basic physiological rules after being accompanied to the toilet or on the decision of the company doctor, after examination of the medical file.</i></p>

# Fiche d'information pour les passagers nécessitant une autorisation médicale



## Partie A – à faire remplir par le médecin traitant

*Information sheet for passengers requiring medical clearance,*

*Part A – to be completed or obtained from the attending physician*

7.	<b>Mobilité / Mobility:</b> <b>Capable de marcher sans assistance / Able to walk without assistance ?</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span> <b>Fauteuil nécessaire pour embarquer / Wheelchair required for boarding ?</b> <span style="float: right;">Jusqu'à l'avion / to aircraft <input type="checkbox"/> Jusqu'au siège / To seat <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span>
8.	<b>Liste des médicaments / Medication list :</b> _____ _____ _____
9.	<b>Autres informations médicales / Other medical information :</b> _____ _____ _____
10.	<b>Médecin traitant / Attending physician name :</b> _____ <b>Adresse / Address :</b> _____ <b>Téléphone (portable de préférence) / Telephone (mobile preferred) :</b> _____ <b>Fax :</b> _____ <b>Adresse e-mail / E-mail address :</b> _____

**Pronostic pour le voyage / Prognosis to travel:** **Bon / Good**  **Mauvais / Poor**

**Date :** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Signature du médecin / Signature of attending physician :**

Partie B – à faire remplir par le médecin traitant

Information sheet for passengers requiring medical clearance,

Part B – to be completed or obtained from the attending physician

<b>1.</b>	<p><b>Maladie cardiaque   Cardiac condition</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Si non, passez à la partie 2.   If not, pass to section 2.</b></p> <p><b>a. Angor   Angine de poitrine   Angina</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>De quand date la dernière crise?   When was last episode? _____</p> <p>La maladie est-elle stabilisée?   Is the condition stable? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>Classe fonctionnelle du patient? / Functional class of the patient?</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun symptôme   No symptoms</p> <p><input type="checkbox"/> Angor en cas d'efforts importants   Angina with strenuous efforts</p> <p><input type="checkbox"/> Angor en cas d'efforts légers   Angina with light efforts</p> <p><input type="checkbox"/> Angor au repos   Angina at rest</p> <p>Le patient peut-il parcourir 50 mètres ou gravir 10 -12 marches sans symptômes? Can the patient walk 50 meters at a normal pace or climb 10 -12 stairs without symptoms? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>b. Infarctus du myocarde   Myocardial infarction</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>Date : __/__/____</p> <p>Complications?   Complications? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui, donnez des détails   If yes, give details _____</p> <p>ECG d'efforts fait?   Stress EKG done? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui, quel était le résultat?   If yes, what was the result? _____ Metz</p> <p>En cas d'angioplastie ou de pontage coronarien, le patient peut-il parcourir 100 mètres à une allure normale ou gravir 10–12 marches sans symptômes? If angioplasty or coronary bypass, can the patient walk 50 meters at normal pace or climb 10–12 stairs without symptoms? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>c. Insuffisance cardiaque   Cardiac failure</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>De quand date le dernier épisode?   When was last episode? _____</p> <p>Le patient est-il contrôlé par le traitement?   Is the patient controlled with medication? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>Classe fonctionnelle du patient?   Functional class of the patient?</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun symptôme   No symptoms</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnée en cas d'efforts importants   Shortness of breath with strenuous efforts</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnée en cas d'efforts modérés   Shortness of breath with light efforts</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnée au repos   Shortness of breath at rest</p> <p><b>d. Perte de connaissance   Syncope</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>De quand date le dernier épisode?   When was last episode? _____</p> <p>Investigations?   Investigations? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui donner les résultats   If yes, state results _____</p>
<b>2.</b>	<p><b>Maladie pulmonaire chronique   Chronic pulmonary condition</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Si non, passez à la section 3.   If not, pass to section 3.</b></p> <p><b>a. Le patient a-t-il eu une gazométrie artérielle?   Has the patient had recent arterial gases?</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>b. Les gaz du sang ont été mesurés   Blood gases were taken on:</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> En air ambiant   Room air <input type="checkbox"/> Sous oxygène   Oxygen _____ l/mn</span></p> <p>Résultats   Results _____ pCO2 _____ pO2 _____</p> <p>Saturation   Saturation: _____</p> <p>Date de l'examen   Date of exam: __/__/____.</p> <p><b>c. Le patient retient-t-il le CO2?   Does the patient retain CO2?</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>d. Son état s'est-il détérioré récemment?   Has his/her condition deteriorated recently?</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>e. Le patient peut-il parcourir 100 mètres à une allure normale ou gravir 10 - 12 marches sans symptômes?</b> Can the patient walk 50 meters at a normal pace or climb 10-12 stairs without symptoms? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>f. Le patient a-t-il déjà pris un avion commercial dans les mêmes conditions?</b> Has the patient ever taken a commercial aircraft in these same conditions? <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui quand?   If yes, when? _____</p> <p>Le patient a-t-il eu des problèmes?   Did the patient have any problems?: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<b>3.</b>	<p><b>Maladies psychiatriques   Psychiatric Conditions</b> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>a. Le patient peut-il être pris d'agitation pendant le vol ?</b> <i>Is there a possibility that the patient will become agitated during flight ?</i> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>b. A-t-il déjà pris un vol commercial auparavant ?</b> <i>Has he/she taken a commercial aircraft before ?</i> <span style="float: right;">Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Si oui date du voyage ?   If yes, date of travel ?</b> ___/___/____</p> <p><b>Est-ce que le patient voyageait   Did the patient travel</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Seul / Alone <input type="checkbox"/> Accompagné / Escorted</span></p> <p><b>Note :</b> Le personnel de bord n'est pas tenu de s'occuper plus particulièrement de certains passagers au détriment de son service. En outre, il n'a perçu qu'une formation de secouriste. Il n'est pas autorisé à donner des soins médicaux ni habilité à faire des injections parentérales.</p> <p><b>Important :</b> Les frais correspondants à l'établissement de ce document et la fourniture d'équipement spécialisé par le passager concerné.</p> <p><i>Note: Cabin crew are not authorized to give special assistance (e.g. lifting) to certain passengers, to the detriment of their service to other passengers. Additionally, they are trained only in first aid and are not permitted to administer any injection, or to give medication.</i></p> <p><i>Important: Fees, if any, relevant to the provision of the above information and for carrier-provided special equipment are to be paid by the passenger concerned.</i></p>
-----------	---

<b>Pronostic pour le voyage   Prognosis to travel:</b> <b>Bon   Good</b> <input type="checkbox"/> <b>Mauvais   Poor</b> <input type="checkbox"/>
--

**Date :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du médecin / Signature of attending physician :**