# French BeeFiche d'information pour les passagers nécessitant une assistance spéciale

## A renseigner par le passager

### 1. Information générale

* Nom :
* Prénom :
* Numéro de reservation (PNR) :
* Itinéraire (aller et retour) :
* Numéro(s) de vol(s) :
* Classe(s) :
* Date(s) :

### 2. Handicap

* Nature du handicap :

### 3. Civière

* Civière demandée à bord ? Oui / Non

### 4. Accompagnateur

* Accompagnateurs : Oui / Non
* Nom :
* Sexe : Homme / Femme
* Date de naissance (jj/mm/aaaa) :
* PNR si différent :
* Qualification médicale : Oui / Non
* Langue parlée :

### 5. Fauteuil roulant

* Demande d’un fauteuil roulant : Oui / Non
* Fauteuil personnel : Oui / Non
  + Si oui :
* Catégorie de fauteuil roulant :
  + WCHR 1 (de l’enregistrement à la salle d’embarquement)
  + WCHS 2 (de l’enregistrement à la porte de l’avion)
  + WCHC 3 (de l’enregistrement au siège de l’avion)
* Fauteuil pliant : Oui / Non
* Type de fauteuil :
  + WCBD 4 (siège à piles sèches)
  + WCBW 5 (siège à piles liquides)
  + WCMP 6 (siège à puissance manuelle)

### 6. Ambulance

* Ambulance nécessaire (à être organisé par le passager ou son accompagnateur) : Oui / Non
* Adresse de destination :
* Nom de la société de l’ambulance :
* Contact ambulance (nom + tel), escale de départ :
* Contact ambulance (nom + tel), escale d’arrivée :

### 7. Accueil & assistance

* Accueil et assistance : Oui / Non
* Si personne désignée, préciser le contact :

### 8. Autres assistances

* Autres assistances au sol demandées : Oui / Non
  + Si oui, préciser :
* Aéroport de départ :
* Aéroport de transit :
* Aéroport d’arrivée :

### 9. Autres demandes

* Demandes particulières durant le vol : Oui / Non
  + Si oui, préciser la demande (repas particulier, siège spécial…) :
* Equipement particulier (respirateur, couveuse, oxygène…) :
* Société d’assistance :
* Date (JJ/MM/AAAA) : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_
* Signature du passager :

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

### 1. Identité du passager

* Nom du patient :
* Nationalité :
* Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_
* Sexe : Homme / Femme
* Taille (m) :
* Poids (kg) :

### 2. Diagnostic

Diagnostic (y compris date de début de la maladie, de l’épisode ou de l’accident en cours de traitement) – Préciser si contagieux :

Nature et date de toute opération chirurgicale récente et / ou importante :

### 3. Symptômes

* Symptômes actuels et gravité :

### 4. Tolérance à la pression

* 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) : Oui / non

### 5. Informations cliniques supplémentaires

1. Anémie : Oui / Non
   1. Si oui, donner un résultat récent en gramme d’hémoglobine :
2. Troubles psychiatriques : Oui / Non
   1. Si oui, voir Partie B
3. Maladie cardiaque : Oui / Non
   1. Si oui, voir Partie B
4. Continence urinaire : Oui / non
   1. Si non, donner le mode de contrôle :
5. Continence fécale : Oui / Non
6. Maladie respiratoire : Oui / Non
   1. Si oui, voir Partie B
7. Utilise-t-il/elle l’oxygène à domicile ? Oui / Non
   1. Si oui, préciser combien ?
8. Oxygène nécessaire pendant le vol ? Oui / Non
   1. Si oui, préciser le débit d’O² en l/mn …1.2 ….2.0 ….2.8 ….3.6 ….4.4 ….5.2

### 6. Accompagnateur

Le/la patient(e) est-il/elle en état de voyager sans accompagnement ?[[1]](#footnote-1) Oui / Non

1. Si non, un service d’assistance (proposé par la compagnie pour embarquer et débarquer) sera-t-il suffisant ? Oui / Non
2. Si non, le patient aura-t-il son propre accompagnateur pour s’occuper de ses besoins à bord ? Oui / Non
3. Si non, qui escortera le/la passager(ère) : Médecin / Infirmier / Autre
4. Si oui, l’accompagnateur est-il parfaitement capable de prendre en charge tous les besoins ci-dessus ? Oui / Non

### 7. Mobilité

* Capable de marcher sans assistance : Oui / Non
* Fauteuil nécessaire pour embarquer ? Jusqu’à l’avion / Jusqu’au siège / Non

### 8. Médicaments

Liste des médicaments :

### 9. Autres informations médicales

Autres informations médicales :

### 10. Identité du médecin

* Médecin traitant :
* Adresse :
* Téléphone (portable de préférence) :
* Fax :
* Adresse e-mail :

Pronostic pour le voyage : Bon / Mauvais

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

Signature du médecin :

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

Maladie cardiaque : Oui / Non (Si non, passez à la partie 2.)

### Angor / Angine de poitrine : Oui / Non

* De quand date la dernière crise ?
* La maladie est-elle stabilisée ? Oui / Non
* Classe fonctionnelle du patient ? Aucun symptôme / Angor en cas d’efforts importants / Angor en cas d’efforts légers / Angor au repos
* Le patient peut-il parcourir 50 mètres ou gravir 10 -12 marches sans symptômes ? Oui / Non

### Infarctus du myocarde : Oui / Non

* Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_
* Complications ? Oui / Non
  + Si oui, donnez des détails :
* ECG d’efforts fait ? Oui / Non
  + Si oui, quel était le résultat ? … Metz
* 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 ? Oui / Non

### Insuffisance cardiaque : Oui / Non

* De quand date le dernier épisode ?
* Le patient est-il contrôlé par le traitement ? Oui / Non
* Classe fonctionnelle du patient ? Aucun symptôme / Dyspnée en cas d’efforts importants / Dyspnée en cas d’efforts modérés / Dyspnée au repos

### Perte de connaissance : Oui / Non

* De quand date le dernier épisode ?
* Investigations ? Oui / Non
  + Si oui donner les résultats :

### Maladie pulmonaire chronique : Oui / Non

Si non, passez à la section 3.

* Le patient a-t-il eu une gazométrie artérielle ? Oui / Non
* Les gaz du sang ont été mesurés : En air ambiant / Sous oxygène … l/mn
  + Résultats : … pCO2 … pO2
  + Saturation / Saturation :
  + Date de l’examen : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_.
* Le patient retient t-il le CO2 ? Oui / Non
* Son état s’est-il détérioré récemment ? Oui / Non
* Le patient peut-il parcourir 100 mètres à une allure normale ou gravir 10 - 12 marches sans symptômes ? Oui / Non
* Le patient a-t-il déjà pris un avion commercial dans les mêmes conditions ? Oui / Non
  + Si oui quand ?
* Le patient a-t-il eu des problèmes ?

### Maladies psychiatriques : Oui / Non

* Le patient peut-il être pris d’agitation pendant le vol ? Oui / Non
* A-t-il déjà pris un vol commercial auparavant ? Oui / Non
  + Si oui date du voyage ? \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_
* Est-ce que le patient voyageait : Seul / Accompagné

Note : 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.

Important : Les frais correspondants à l’établissement de ce document et la fourniture d’équipement spécialisé par le passager concerné.

Pronostic pour le voyage : Bon / mauvais

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

Signature du médecin

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)