

(à usage exclusif du transporteur)

A faire remplir par le MEDECIN TRAITANT

Ce formulaire est destiné à fournir des renseignements CONFIDENTIELS permettant au service MEDICAL du transporteur de déterminer l'aptitude du passager au voyage. Si le passager peut être accepté, ces renseignements permettront de donner les directives nécessaires à son confort et à son bien-être. Le MEDECIN TRAITANT du passager est prié de REpondre A TOUTES LES QUESTIONS (mettre une croix dans la case "OUI" ou "NON" et/ou donner des réponses précises). IL EST REcommande DE REMPLIR LE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES OU DACTYLOGRAPHIEES.

Le formulaire doit être retourné à :

(bureau désigné du transporteur)

Code réf. du transporteur MEDA01	NOM ET PRENOM DU PATIENT, SEXE, AGE ET POIDS		
MEDA02	MEDECIN TRAITANT NOM ET ADRESSE Téléphone	Professionnel :	Privé :
MEDA03	RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : DIAGNOSTIC détaillé (importance des symptômes et stade évolutif). Jour/mois/année des premiers symptômes	Date de l'opération :	Date du diagnostic :
MEDA04	. PRONOSTIC pour le(s) vol(s) : Préciser :		
MEDA05	. Maladie contagieuse et transmissible ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
MEDA06	. L'état mental et/ou physique du patient est-il susceptible d'être une source de gêne ou d'inconfort pour les autres passagers ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
MEDA07	. Le patient peut-il utiliser un siège avion normal avec le dossier en POSITION VERTICALE quand cela est nécessaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/>
MEDA08	. Le patient peut-il se suffire à lui-même à bord (repas, toilettes, etc...) et pour ses déplacements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
MEDA09	. S'il doit être ACCOMPAGNE, les dispositions PRISES vous paraissent-elles satisfaisantes ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
MEDA10	. Le patient a-t-il besoin d'OXYGENE (**) au cours du vol ? (dans l'affirmative donnez le débit nécessaire).	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Litres par minute Non <input type="checkbox"/> En continu ? <input type="checkbox"/>
MEDA11	. Le patient a-t-il besoin d'une médication (*) autre que celles qu'il peut s'administrer lui-même et/ou d'utiliser des équipements spéciaux tels que appareil respiratoire, couveuse, etc... ? (**)	a) au SOL à (aux) l'aéroport (s) ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Préciser :
MEDA12		b) à bord de l'avion ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Préciser :
MEDA13	. Le patient doit-il être HOSPITALISE ? (dans l'affirmative, préciser les dispositions prises; à défaut, indiquer "RIEN DE PREVU")	a) au cours d'une attente prolongée ou d'une nuit à une escale de correspondance ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
MEDA14		b) à l'arrivée à DESTINATION ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
MEDA15	. Autres remarques ou renseignements pouvant favoriser le confort et le bien-être du patient :	Aucune <input type="checkbox"/>	Dans l'affirmative préciser (**):
MEDA16	. Autres dispositions prises par le Médecin traitant :		

NOTE : (\*) Le personnel navigant commercial n'a pas vocation à fournir une aide spécifique à certains passagers en particulier (par exemple : soulever) au détriment du service prévu pour les autres passagers. De plus, le personnel est formé uniquement pour les besoins de première urgence et ne peut pratiquer d'injections ou procéder à tout acte de nature médicale. IMPORTANT : (\*\*) Les frais correspondant à l'établissement de ce document et à la fourniture d'équipement spécialisé par le transporteur doivent être réglés par le passager concerné.

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

DECLARATION DU PASSAGER : "J'autorise par la présente \_\_\_\_\_ (nom du Médecin désigné) à fournir aux Compagnies aériennes les informations demandées par leurs services médicaux dans le but de déterminer mon aptitude au voyage aérien : je délègue en conséquence ce Médecin du secret professionnel et m'engage à régler les honoraires correspondants. Si je suis reconnu(e) apte à voyager, mon voyage sera soumis aux "Conditions Générales du Transport" du transporteur concerné, ce dernier n'assumant aucune responsabilité spéciale au-delà de ces conditions. Je m'engage à rembourser au transporteur sur sa demande, toute dépense spéciale ou tout coût supplémentaire liés à mon transport" (si nécessaire, faire lire ou lire au passager, et faire dater et signer par lui/elle ou pour son compte).

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature du Médecin traitant : \_\_\_\_\_