

**A faire  
remplir  
par le  
MÉDECIN  
TRAITANT**

Ce formulaire est destiné à fournir des renseignements **CONFIDENTIELS** permettant au service MÉDICAL du transporteur de déterminer l'aptitude du passager au voyage. Si le passager peut être accepté, ces renseignements permettront de donner ses directives, nécessaires à son confort et à son bien-être.

Le **MÉDECIN TRAITANT** du passager est prié de **RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS** (mettre une croix dans la case « OUI ou NON » et/ou donner des réponses précises).

IL EST RECOMMANDÉ DE **REMPLEIR LE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES OU DACTYLOGRAPHIÉES**.

(à usage exclusif du transporteur)

Le formulaire doit être retourné à :

(bureau désigné du transporteur)

<b>Code Réf. du transporteur MEDA01</b>	<b>PATIENT</b>	<b>NOM</b> [ ]	<b>PRÉNOM</b> [ ]	<b>ÂGE</b> [ ]	
<b>MEDA02</b>	<b>MÉDECIN TRAITANT</b>	<b>NOM</b> [ ]	<b>ADRESSE</b> [ ]	<b>SEXE</b>	<b>F</b> <b>M</b>
		<b>TÉLÉPHONE</b>	[ (professionnel) ]   [ (privé) ]		

<b>MEDA03</b>	<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DIAGNOSTIC détaillé (importance des symptômes et stade évolutif)</li> <li>▪ Jour / mois / année des premiers symptômes</li> </ul>	Date de l'opération :  Date du diagnostic :	
<b>MEDA04</b>	PRONOSTIC pour le(s) vol(s)		
<b>MEDA05</b>	Maladie contagieuse et transmissible ?	Oui      Non	
<b>MEDA06</b>	L'état mental et/ou physique du patient est-il susceptible d'être une source de gêne ou d'inconfort pour les autres passagers ?	Oui      Non	
<b>MEDA07</b>	Le patient peut-il utiliser un siège avion normal avec le dossier en POSITION VERTICALE quand c'est nécessaire ?	Oui      Non	
<b>MEDA08</b>	Le patient peut-il se suffire à lui-même à bord ? (*) (repas, toilettes...)	Oui      Non	
<b>MEDA09</b>	Dans le cas où le passager devrait être accompagné, pensez-vous que les dispositions prises vous paraissent satisfaisantes ?	Oui      Non	
<b>MEDA10</b>	Le patient a-t-il besoin d'OXYGÈNE (**) au cours du vol ? (si oui, préciser le débit nécessaire)	Oui      Non	
	En continu ?	Oui      Non	
<b>MEDA11</b>	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... ? (**)	Au sol (à/aux aéroport(s))	Oui      Non
<b>MEDA12</b>		À bord de l'avion	Oui      Non
<b>MEDA13</b>	Le patient doit-il être HOSPITALISÉ ?	Au cours d'une attente prolongée ou d'une nuit à une escale de correspondance	Oui      Non
<b>MEDA14</b>		À l'arrivée à DESTINATION	Oui      Non
		Non – rien de prévu	
<b>MEDA15</b>	Autre remarque ou renseignement pouvant favoriser le confort et le bien-être du patient	Aucune	
		Si oui, préciser (**):	
<b>MEDA16</b>	Autres dispositions prises par le médecin traitant		

(\*) 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 :
--------	--------	---------------------------------

**DÉCLARATION 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 apte à voyager, mon voyage sera soumis aux « Conditions générales de 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/ou elle ou pour son compte).

Lieu :	Date :	Signature du passager :
--------	--------	-------------------------