



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LES PASSAGERS NECESSITANT UN ACCORD MEDICAL

A faire remplir par le médecin traitant

Ce document à renseigner en complément du document « Résolution IATA 700 Annexe A »

NOTE A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT

Ces renseignements sont destinés aux médecins d'Air Corsica spécialisés en médecine aéronautique. Les informations en réponse à ce questionnaire seront traitées de manière confidentielle. Elles ont pour but de permettre aux Services Médicaux des compagnies aériennes de juger, comme ils en ont l'obligation et en fonction de leurs connaissances et expériences spécifiques à l'aéronautique, de l'opportunité d'un voyage aérien pour le patient et à quelles conditions.

Ces informations aident en outre les Services Médicaux à rédiger des instructions appropriées pour l'assistance qui sera fournie au patient, en considération du diagnostic médical et des circonstances particulières du voyage.

- Si votre patient a **besoin d'oxygène** supplémentaire et que vous n'avez relevé aucune autre contrainte médicale, veuillez remplir la **Partie 1**.
- Si votre patient présente un **trouble médical qui pourrait s'aggraver lors de son voyage** en avion, veuillez remplir la **Partie 2**.
- Pour que votre patient puisse voyager avec Air Corsica, veuillez répondre à **TOUTES** les questions (Inscrire une croix « X » dans la case « OUI » ou « NON » concernée, et/ou fournir des réponses précises et concises).

Complétez ce formulaire en MAJUSCULES.

Le formulaire renseigné doit être renvoyé par fax aux médecins d'Air Corsica en fonction de l'aéroport de départ :

1. Pour un départ d' Ajaccio, Calvi, Figari, Lyon, Nantes, Paris, Clermont Ferrand, Nice, Toulouse :
Télécopieur : +33 (0)4 95 10 07 32 et + 33(0)4 95 23 22 72
2. Pour un départ de Bastia, Dole, Marseille, Toulon, Charleroi, Londres :
Télécopieur : +33 (0)4 95 29 94 57

Pour tout complément d'information, notre équipe MEDA est à votre écoute au **09 69 36 22 20**
Vous pouvez également nous joindre par mail : meda@aircorsica.com et Tex@aircorsica.com

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration



PARTIE 1 :

1. Nom/Prénom du patient

Date de naissance / / Sexe Nationalité.
Taille (mètre) Poids (kg)

2. Nom/Prénom du médecin traitant. :

Date

Adresse / Hôpital

.....

Téléphone

Fax

Adresse E-mail

3. Diagnostic : (y compris date de début de la maladie, de l'épisode ou de l'accident en cours et traitement. Préciser si contagieux)

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

.....

.....

4. Symptômes actuels et gravité :

.....

.....

.....

5. Une réduction de 25% à 30% de la pression partielle d'oxygène de l'atmosphère (hypoxie relative) affectera-telle 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 pied - au-dessus du niveau de la mer)

Oui Non Pas sûr

6. Informations cliniques supplémentaires :

a. Anémie Oui Non

Si oui, donner un résultat récent en gramme d'hémoglobine :

b. Troubles psychiatriques/épilepsie : Oui Non - Si oui, voir Partie 2 # 3

c. Maladie cardiaque : Oui Non - Si oui, voir Partie 2 # 1

d. Continence urinaire : Oui Non - Si non, donner le mode de contrôle :

e. Continence fécale : Oui Non

f. Maladie respiratoire : Oui Non - Si oui, voir Partie 2 # 2

g. Utilise-t-il/elle l'oxygène à domicile ? Oui Non - Si oui, préciser débit :

h. Oxygène nécessaire pendant le vol ? Oui Non - Si oui, préciser débit d'O² en l/mn : 2l/mn 4l/mn

i. Utilise son propre concentrateur d'O² ? Oui Non

Si oui, préciser marque du concentrateur. :



7. Accompagnateur :

- a. Le/la patient(e) est-il/elle en état de voyager sans accompagnement ? Oui Non
- b. Si non, le service d'assistance proposé par la compagnie pour embarquer et débarquer sera-t-il suffisant ?
 Oui Non
- c. Si non, le patient aurait-il son propre accompagnateur pour s'occuper de ses besoins à bord ? Oui Non
- d. Si oui, qui escortera le/la passager(ère) ? Médecin Infirmier Autre
- e. Si autre, l'accompagnateur est-il parfaitement capable de prendre en charge tous les besoins ci-dessus ?
 Oui Non

8. Mobilité

- a. Capable de marcher sans assistance ? Oui Non
- b. Fauteuil nécessaire pour embarquer jusqu'à l'avion jusqu'au siège
- c. Peut-il utiliser un siège d'avion normal (relevé) ? Oui Non
(si la réponse est non : voyage impératif en civière)

9. Liste des médicaments

.....

.....

.....

.....

.....

10. Autres informations médicales

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Pronostic pour le voyage Bon Mauvais

Signature du médecin (ou facsimilé) et Date :

Remarque : Le personnel de cabine n'est pas autorisé à prêter une assistance spéciale (par ex : soulever le patient) à des passagers au détriment de leur service aux autres passagers. En outre, ils ne sont formés qu'aux premiers secours et ne sont pas autorisés à faire des injections ou à donner des médicaments.

Important : Les frais éventuels de délivrance des renseignements ci-dessus et d'équipement spécial fourni par la compagnie sont à la charge du passager concerné.



PARTIE 2 : Renseignements complémentaires

1. Maladie cardiaque Oui Non

a. Angor / Angine de poitrine Non Oui

- 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 100 mètres ou gravir 10 - 12 marches sans symptômes? Oui Non

b. Infarctus du myocarde Non Oui / Date :/...../.....

- Complications ? Oui Non
Si oui, donnez des détails
- ECG d'effort fait ? Non Oui
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

c. Insuffisance cardiaque Oui Non Date du 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

d. Perte de connaissance Non Oui Date du dernier épisode :/...../.....

- Investigations ? Non Oui Si oui donner les résultats

2. Maladie pulmonaire chronique Oui Non

a. Le patient a-t-il eu une gazométrie artérielle récente ? Non Oui

b. Les gaz du sang ont été mesurés : En air ambiant Sous oxygène. l/mn

- Date de l'examen :/...../..... Saturation :
- Résultats: pCO2 : pO2 :

c. Le patient retient-il le CO2 ? Oui Non

d. Son état s'est-il détérioré récemment ? Oui Non

e. Le patient peut-il parcourir 100 mètres à une allure normale ou gravir 10/12 marches sans symptômes ? Oui Non

f. 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 ?

3. Maladies psychiatriques ou Epilepsie Oui Non

a. Le patient peut-il être pris d'agitation pendant le vol ? Oui Non

b. A-t'il déjà prit un vol commercial auparavant ? Non Oui Date du voyage :/...../.....

Le patient voyageait Seul Accompagné ?

c. Epilepsie Non Oui Date la dernière crise :/...../.....

- Si oui, quel type de crise ? ?
- Fréquence des crises d'épilepsie.
- Les crises sont-elles contrôlées par le traitement ? Oui Non