

APTITUDE AU TRANSPORT AÉRIEN



Voyager avec de l'oxygène médical

Veuillez remplir tous les champs ci-dessous et envoyer un courriel à customer.service@palairlines.ca

Les renseignements personnels et médicaux que vous fournissez dans ce formulaire seront utilisés par PAL Airlines pour traiter votre demande d'approbation médicale et pour prendre les dispositions nécessaires pour vos préparatifs de voyage sur les vols exploités par PAL Airlines. Vos renseignements médicaux ne seront pas divulgués à d'autres compagnies aériennes.

Veuillez retourner la copie remplie de ce formulaire à PAL Airlines au moins 72 heures avant votre vol. Si la demande est présentée dans les 72 heures, nous ferons tous les efforts raisonnables pour y répondre.

Les passagers doivent présenter ce formulaire rempli au représentant de la compagnie aérienne au moment de l'enregistrement.

Conformément au Règlement sur les transports accessibles aux personnes handicapées, PAL Airlines peut conserver une copie électronique de vos renseignements personnels sur la santé pendant au moins trois (3) ans et utiliser ces renseignements si vous faites une autre demande de service.

Êtes-vous d'accord? **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, veuillez noter que PAL Airlines pourrait avoir besoin de documents à jour selon votre état de santé. Vous devriez lire la politique de confidentialité de PAL Airlines pour en savoir plus.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PASSAGER	
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE
DATE DE NAISSANCE	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
ADRESSE COURRIEL	

Je consens par la présente à ce que mes données personnelles ou médicales soient traitées et utilisées pour les fins énoncées ci-dessus.

J'autorise par la présente un médecin ou un professionnel de la santé autorisé (comme un Inhalothérapeute) à fournir à PAL Airlines les renseignements demandés dans le présent document et à en discuter. PAL Airlines se réserve le droit de communiquer avec votre médecin ou votre professionnel de la santé autorisé pour confirmer ou clarifier les renseignements.	
Signature du passager	Date

APTITUDE AU TRANSPORT AÉRIEN



À REMPLIR PAR VOTRE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ		
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LE PASSAGER		
Nécessite un supplément d'oxygène pour le transport :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Problème respiratoire (aigu ou chronique) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Problème cardiaque (y compris syncope) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pronostic pour un voyage en toute sécurité :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
RENSEIGNEMENTS SUR L'OXYGÈNE		
Quel type de supplément d'oxygène sera nécessaire en vol?		
Concentrateur d'oxygène portatif	Bouteille d'oxygène médical de type D	
Marque :	Débit : l.p.m	
Réglage des impulsions : (1-6)		
Débit continu : l.p.m		

Le patient nommé ci-dessus a-t-il la capacité physique et cognitive de voir, d'entendre et de comprendre les mises en garde et les avertissements sonores et visuels associés à son unité d'oxygène médical, et d'intervenir en conséquence sans aide?

OUI NON

L'utilisation d'oxygène est-elle médicalement nécessaire pour la totalité ou une partie du voyage?

TOTALITÉ PARTIE

Si elle est nécessaire pour une partie, veuillez préciser :

--

Dans des conditions normales d'exploitation, la pression dans la cabine correspond à 8 000 pi au-dessus du niveau de la mer. Compte tenu de cette pression dans la cabine, quel est le débit maximal requis par l'utilisateur?

--

APTITUDE AU TRANSPORT AÉRIEN



Le passager connaît-il son concentrateur d'oxygène portatif et est-il capable de gérer l'appareil par lui-même, y compris de répondre aux alertes et de changer les piles?

OUI NON

Le passager a-t-il suffisamment de piles pour effectuer son voyage? (L'avion n'a pas de prises électriques capables d'alimenter un concentrateur d'oxygène portatif.)

OUI NON

DÉCLARATION DU MÉDECIN OU DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AUTORISÉ	
En signant ce document, je certifie que le patient nommé ci-dessus nécessite l'utilisation d'un supplément d'oxygène pendant le déplacement et que ces exigences peuvent être satisfaites par l'utilisation d'un	
appareil à oxygène approuvé. Selon mon jugement professionnel, le patient est physiquement capable d'effectuer un vol en toute sécurité sans avoir besoin d'une aide médicale extraordinaire pendant le vol. Tout changement à la santé d'un patient qui modifierait les critères énumérés ci-dessus nécessitera une mise à jour de la déclaration du médecin ou du professionnel de la santé autorisé.	
INFORMATIONS SUR LE PRESTATAIRE DE SOINS	
NOM	DÉSIGNATION
NUMÉRO DE PERMIS	PROVINCE D'INSCRIPTION
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
ADRESSE COURRIEL	
SIGNATURE DU PRESTATAIRE	DATE

CRITÈRES D'ACCEPTATION
Concentrateur d'oxygène portatif
Pour être approuvé pour utilisation à bord d'un avion de PAL Airlines, votre concentrateur d'oxygène portatif doit répondre aux critères suivants :
<ul style="list-style-type: none">• Il affiche l'étiquette du fabricant qui indique que l'appareil est conforme à tous les critères d'acceptation applicables de la Fédération Aéronautique Internationale pour le transport et l'utilisation à bord des avions.• L'appareil figure sur la liste des modèles de concentrateur d'oxygène portatif approuvés acceptés par PAL Airlines pour utilisation en vol.• La taille de l'unité ne doit pas dépasser : 12 x 16 x 10 po ou 30 x 40 x 25 cm (maximum sous le siège).• Le passager doit savoir comment utiliser le concentrateur d'oxygène portatif de façon à s'assurer que l'appareil est en bon état de fonctionnement et exempt d'huile, de graisse et de tout signe visible de dommage ou d'abus.

APTITUDE AU TRANSPORT AÉRIEN



- Le passager devrait avoir la capacité cognitive et sensorielle de détecter toute alerte associée au fonctionnement de son concentrateur d'oxygène portatif et être capable de répondre aux problèmes de fonctionnement de l'appareil sans aide.
- Le passager est également responsable de voyager avec suffisamment de piles pour alimenter l'appareil pendant toute la durée du trajet, y compris le vol, tout le temps passé au sol et tout retard imprévu. Les prises électriques ne sont pas disponibles sur les vols PAL.
- Toutes les piles de rechange doivent être transportées dans des bagages à main seulement et doivent être emballées de manière à protéger contre les dommages physiques et les courts-circuits.

Bouteille d'oxygène médical

Les lignes directrices suivantes doivent être respectées pour transporter de l'oxygène médical à bord de tout vol de PAL Airlines :

- La longueur de la bouteille ne doit pas dépasser 20 po (y compris le régulateur), et le diamètre ne doit pas dépasser 5 po.
- Chaque bouteille d'oxygène individuelle ne doit pas dépasser 5 kg/11 lb.
- L'appareil est étiqueté par un fournisseur de bonne foi.
- La bouteille ne doit afficher aucun signe de dommage (p. ex., une bosselure dans la bouteille).
- La bouteille doit indiquer la date d'expiration et ne doit pas être expirée.
- Un maximum de 2 bouteilles de type D par vol/avion est permis.

REMARQUE : Le transfert des régulateurs, une fois à bord de l'aéronef, n'est pas autorisé. Toute bouteille d'oxygène utilisée pendant les vols DOIT être munie d'un régulateur.

- Vous devez savoir comment utiliser votre appareil de façon à vous assurer qu'il est en bon état de fonctionnement.
- Le passager devrait avoir la capacité cognitive et sensorielle de détecter toute alerte associée au fonctionnement de sa bouteille d'oxygène et être capable de répondre aux problèmes de fonctionnement de l'appareil sans aide.

Je suis au courant des critères d'acceptation et des exigences pour utiliser de l'oxygène dans la cabine de l'avion et je confirme que tous les renseignements contenus dans ce formulaire sont exacts pour autant que je sache.

SIGNATURE DU PASSAGER

DATE