

Veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer à l'adresse mail. accordsmedicaux@airfrance.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE PASSAGER NÉCESSITANT UNE ASSISTANCE.

PARTIE 1 (À REMPLIR PAR LE PASSAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL)

1. Nom et prénom			
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Genre	
Taille (mètre)		Nationalité	
	Poids (kg)		
2. Référence de réservation (PNR)			
3. Détails du vol		Date	
Escales de départ et d'arrivée, numéro(s) de vol(s)			
4. Accompagnateur	☐ Oui	☐ Non	
Qualifications médicales ?	☐ Oui	☐ Non	Si oui, lesquelles ?
Nom et Prénom		Date de naissance	
PNR si différent		Nationalité	
5. Conditions médicales			
6. Demande d'un fauteuil roulant à l'aéroport	☐ Oui	☐ Non	
Catégorie de fauteuil roulant*	☐ WCHR	☐ WCHS	☐ WCHC Fauteuil roulant personnel ☐ Oui ☐ Non
* WCHR = marche difficile, mais peut utiliser les escaliers WCHS = impossible de monter ou de descendre les escaliers WCHC = le passager ne peut pas marcher du tout			
7. Civière demandée à bord	☐ Oui	☐ Non	
8. Ambulance nécessaire au départ et à l'arrivée	☐ Oui	☐ Non	
Nom de la société d'ambulance à l'escale de départ			
Numéro de téléphone de la société d'ambulance à l'escale de départ			
Nom de la société d'ambulance à l'escale de transit (si applicable)			
Numéro de téléphone de la société d'ambulance à l'escale de transit (si applicable)			
Nom de la société d'ambulance à l'escale d'arrivée			
Numéro de téléphone de la société d'ambulance à l'escale d'arrivée			
9. Demandes particulières durant le vol	☐ Oui	☐ Non	
Besoins spécifiques à bord			
Précisez l'équipement (respirateur, oxygène, etc.)			
10. Carte SAPHIR –			
Carte FREMEC	☐ Oui	☐ Non	Numéro
			Date d'expiration

11. Déclaration de confidentialité

Les informations personnelles et médicales fournies dans ce formulaire seront utilisées par Air France / KLM avec votre consentement pour traiter votre demande d'autorisation médicale et organiser l'assistance nécessaire pour vos voyages.

Afin d'évaluer et de gérer votre demande, et afin de prévoir l'assistance, les soins et l'équipement appropriés, il peut être nécessaire pour Air France / KLM de traiter et/ou de divulguer vos informations personnelles et/ou médicales à d'autres compagnies aériennes de votre itinéraire et à des tiers, tels que des professionnels de santé, le personnel des aéroports et des compagnies aériennes, les organismes gouvernementaux et les autorités de contrôle des frontières. Dans les cas où vous demandez également une assistance à la mobilité, nous pourrions être amenés à fournir vos informations aux prestataires de services concernés. Les données collectées seront traitées et conservées pendant le temps nécessaire pour traiter votre demande. Elles seront conservées après la fin de votre voyage afin de respecter nos obligations légales et/ou à des fins de contentieux.

Il est possible de retirer votre consentement à tout moment, en contactant mail.accordsmedicaux@airfrance.fr.

Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, vos droits en vertu du RGPD et les coordonnées du Délégué à la Protection des Données, nous vous invitons à consulter la politique de confidentialité d'Air France / KLM.

https://www.klm.com/travel/nl_nl/customer_support/privacy_policy/privacy_policy.htm

https://www.airfrance.fr/FR/en/common/transverse/footer/edito_psc.htm

☐ En cochant cette case, je consens par la présente à ce que mes données personnelles et médicales soient traitées, utilisées et/ou divulguées aux fins mentionnées ci-dessus.

[Date et lieu] (jj/mm/aaaa)

[Nom et signature du passager ou de son représentant légal]

**LA SECONDE PARTIE DU FORMULAIRE EST À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT.
VEUILLEZ CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LE PASSAGER NÉCESSITANT UNE ASSISTANCE A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

1. Diagnostic (incluant la date de début de la maladie, de l'épisode ou de l'accident en cours, et le traitement, précisez si contagieux)

Nature et date de toute intervention chirurgicale récente et/ou importante _____

2. Symptômes actuels et gravité _____

3. Informations cliniques supplémentaires

- a. Continence urinaire ☐ Oui ☐ Non Si non, précisez le mode de contrôle _____
- b. Continence fécale ☐ Oui ☐ Non Si non, précisez le mode de contrôle _____
- c. Anémie ☐ Oui ☐ Non Si oui, donnez un résultat récent _____ mmol/l ou _____ g/100ml d'hémoglobine

4. 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 ☐ Ne se prononce pas

5. Oxygène à bord

- a. Oxygène nécessaire pendant le vol ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez renseigner le débit d'oxygène l/min (sur demande)
- ☐ 1,2 ☐ 2,0 ☐ 2,8 ☐ 3,6 ☐ 4,4 ☐ 5,2
- b. ☐ Pour toute la durée du vol ☐ En cas de besoin
- c. Le patient est-il familiarisé avec le système d'oxygène fourni par Air France (Weroll WS120) ? ☐ Oui ☐ Non
- (Veuillez noter que le système sur demande n'est pas disponible pour les enfants de moins de 8 ans, pour les personnes avec une trachéotomie ou les personnes vulnérables)
- d. Le patient utilise-t-il de l'oxygène à son domicile ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez combien en l/min _____
- e. Le patient a-t-il son propre concentrateur d'oxygène ou son appareil pour l'apnée du sommeil à bord ?
- ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le modèle _____
- f. Le patient l'utilisera-t-il durant le vol ? ☐ Oui ☐ Non
- Fonctionne-t-il sur batterie ? ☐ Oui ☐ Non
- g. Saturation à l'air ambiant _____ Date de l'examen (jj/mm/aaaa) _____
- h. Saturation avec apport d'oxygène _____ en _____ l/min

6. Maladie cardiaque

- ☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez aller à la question 7
- a. Angor / Angine de poitrine ☐ Oui ☐ Non Date du dernier épisode _____ (jj/mm/aaaa)
- La maladie est-elle stabilisée? ☐ Oui ☐ Non
- Classe fonctionnelle du patient ☐ Pas de symptômes ☐ Angor lors d'efforts/activités intenses
- ☐ Angor lors d'efforts/activités minimales ☐ Angor au repos
- Le patient peut-il parcourir 100 mètres ou gravir 10 à 12 marches sans symptômes ?
- ☐ Oui ☐ Non

b. Infarctus du myocarde ☐ Oui ☐ Non Date (jj/mm/aaaa) _____

- Complications ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez _____
- Electrocardiogramme d'effort fait ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le résultat (Metz) _____
- En cas d'angioplastie ou de pontage coronarien, le patient peut-il marcher 100 mètres à un rythme normal ou monter 10 à 12 marches sans symptômes ? ☐ Oui ☐ Non

c. Insuffisance cardiaque ☐ Oui ☐ Non Date du dernier épisode (jj/mm/aaaa) _____

- Le patient prend-il des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non
- Classe fonctionnelle du patient (classification NYHA)
 - ☐ Aucun symptôme
 - ☐ Dyspnée en cas d'efforts importants
 - ☐ Dyspnée en cas d'efforts modérés
 - ☐ Dyspnée au repos
- Y a-t-il une fraction d'éjection cardiaque connue ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le pourcentage _____ %

d. Perte de connaissance ☐ Oui ☐ Non Date du dernier épisode (jj/mm/aaaa) _____

- Investigations ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez les résultats _____

7. Maladie pulmonaire chronique ☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez aller à la question 8

a. Le patient retient-il du CO₂ ? ☐ Oui ☐ Non

b. La condition du patient s'est-elle détériorée récemment ? ☐ Oui ☐ Non

c. Le patient peut-il marcher 100 mètres à un rythme normal ou monter 10 à 12 marches sans symptômes ? ☐ Oui ☐ Non

d. Le patient a-t-il déjà pris un vol commercial dans ces mêmes conditions ? ☐ Oui ☐ Non

- Si oui, quand ? _____
- Le patient a-t-il eu des problèmes ? _____

8. Maladies psychiatriques ou épileptiques ☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez aller à la question 9

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

b. A-t-il déjà pris un vol commercial auparavant ? ☐ Oui ☐ Non

- Si oui, date du voyage (jj/mm/aaaa) _____
- Le patient voyageait : ☐ Seul ☐ Accompagné

c. Crises d'épilepsie ☐ Oui ☐ Non

1. Quel type de crises d'épilepsie ? _____
2. Fréquence des crises d'épilepsie ? _____
3. Date la dernière crise (jj/mm/aaaa) _____
4. Ces crises sont-elles contrôlées par des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

9. Accompagnement

- a. Le patient peut-il voyager sans accompagnement ? ☐ Oui ☐ Non
- b. Si non, le patient aura-t-il son propre accompagnateur pour s'occuper de ses besoins à bord ? ☐ Oui ☐ Non
- c. Si oui, qui doit accompagner le patient ? ☐ Médecin ☐ Infirmier/infirmière ☐ Autre _____
- d. Si autre, l'accompagnateur est-il pleinement capable de répondre à tous les besoins à bord ? ☐ Oui ☐ Non

10. Mobilité

- a. Le patient est-il capable de marcher sans assistance ? ☐ Oui ☐ Non
- b. Un fauteuil roulant est-il nécessaire pour s'installer sur le siège à bord de l'avion ? ☐ Oui ☐ Non
- c. Le patient peut-il s'asseoir en position verticale dans un siège d'avion standard ? ☐ Oui ☐ Non
(si la réponse est Non, voyage impératif sur civière)

11. Liste de médicaments

12. Autres informations médicales

13. Pronostic pour le voyage ☐ Bon ☐ Mauvais

Note : Le personnel de cabine n'est pas autorisé à prêter une assistance 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 liés à la fourniture des informations ci-dessus et à la mise à disposition d'équipements spéciaux par le transporteur sont à la charge du passager concerné.

Complétez et signez

Nom du médecin _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Adresse / Hôpital _____

Numéro de téléphone _____

Adresse email _____

Tampon du médecin (optionnel)

Signature (digitale)

Veuillez envoyer ce formulaire complet à l'adresse [mail.accordsmedicaux@airfrance.fr](mailto:accordsmedicaux@airfrance.fr)

Submit by e-mail

Print Form