

FITNESS TO TRAVEL - MEDICAL TRAVEL AVIS D'ÉVACUATION SANITAIRE D'UN PATIENT D'HÔPITAL

For any questions or concerns regarding your travel please contact / Pour toute question concernant votre voyage, veuillez communiquer avec :

Customer Contact Centre for Reservations / Ticketing / Centre de contact avec la clientèle pour les réservations ou la billetterie
For reservations, ticket information, fare quotes, schedules and all other inquiries, please contact / Pour les réservations, les renseignements sur les billets, les prix de billets, les horaires et toute autre question, veuillez contacter :

Tel/Téléphone : 1-800-267-1247 | Fax/Télécopieur : 613-254-6303 | TTY/ATS : 1-877-873-3718
Email/Courriel : oxygen@canadiannorth.com, contact@canadiannorth.com

Monday to Friday: 6:30 a.m. to 12:00 a.m. EST / Du lundi au vendredi : de 6 h 30 à 12 h (HE)
Weekends and holidays: 9 a.m. to 7 p.m. EST / Fins de semaine et jours fériés : de 9 h à 19 h (HE)

When submitting this form to Canadian North it will be kept confidential and used only for the purposes to assist with your travel needs / Lorsque ce formulaire aura été confié à Canadian North, il restera confidentiel et ne sera utilisé que pour répondre à vos besoins de voyage.

Your safety and security is our main concern / Nous nous préoccupons principalement de votre sûreté et sécurité.

REASON FOR TRAVEL/MOTIF DU DÉPLACEMENT :

- Medical Emergency/Urgence médicale
 Routine Medical Travel/Déplacement courant pour soins médicaux
 Other (Please Specify)/Autre (précisez)

1. PASSENGER INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE PASSAGER

Name/Nom : _____ Record Locator/Numéro du dossier : _____

Address/Adresse : _____

Phone Number/Numéro de téléphone : _____

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------|--------|
| Date of Travel/Date du déplacement : | Flight Number/numéro de vol : | From/De : | To/À : |
| Date of Travel/Date du déplacement : | Flight Number/numéro de vol : | From/De : | To/À : |
| Date of Travel/Date du déplacement : | Flight Number/numéro de vol : | From/De : | To/À : |
| Date of Travel/Date du déplacement : | Flight Number/numéro de vol : | From/De : | To/À : |
| Date of Travel/Date du déplacement : | Flight Number/numéro de vol : | From/De : | To/À : |

Special Seating Requirements/Besoins spéciaux pour le siège :

- Yes (specify) / Oui (précisez) No/Non

Meal/Drink Restrictions / Boissons/Répas spéciaux :

- Yes (specify) / Oui (précisez) No/Non

Valid for Domestic Travel ONLY/Valable pour voyages intérieurs SEULEMENT.

FITNESS TO TRAVEL - MEDICAL TRAVEL AVIS D'ÉVACUATION SANITAIRE D'UN PATIENT D'HÔPITAL

2. ATTENDING PHYSICIAN/NURSE-IN-CHARGE INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT/ L'INFIRMIÈRE RESPONSABLE

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Name/Nom : | Location/Endroit : |
| Phone Number/Numéro de téléphone : | Fax Number/Numéro de télécopieur : |

3. ESCORT INFORMATION/RESEIGNENT SUR L'ACCOMPAGNATEUR

Is the patient fit to travel unaccompanied/Le patient est-il en mesure de voyager seul?

- Yes/Oui No/Non (if No, complete escort information/ Sinon, remplir la section ci-dessous)

| | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Escort Name/Nom de l'accompagnateur : | Contact Number/Numéro : |
|---------------------------------------|-------------------------|

- Medical Escort/Accompagnateur du service de santé OR / OU Travel Companion/Compagnon de voyage

4. MEDICAL DATA/RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nature of incapacitation/Nature de l'incapacité :

IV Required/Un intaveineuse est-il requise?

- Yes/Oui (If Yes, must have medical escort/Si oui, présence d'un accompagnateur du service de santé requise) No/Non

Medical Clearance Required/Un certificat médical est-il requis?

- Yes/Oui (If Yes, attach a copy of the medical clearance document/joindre use copie du certificat médical) No/Non

Pregnant over 36 weeks/Grossesse plus de 36 semaines

Medical Clearance Required/Un certificat médical est-il requis?

- Yes/Oui (If Yes, attach a copy of the medical clearance document/joindre use copie du certificat médical) No/Non

Infant 7 days or younger/Bebe moin de 7 jours

Medical Clearance Required/Un certificat médical est-il requis?

- Yes/Oui (If Yes, attach a copy of the medical clearance document/joindre use copie du certificat médical) No/Non

FITNESS TO TRAVEL - MEDICAL TRAVEL

AVIS D'ÉVACUATION SANITAIRE D'UN PATIENT D'HÔPITAL

5. MOBILITY NEEDS INFORMATION/RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA MOBILITÉ

Wheelchair Required/Un fauteuil roulant est-il requis? Yes/Oui No/Non

Wheelchair Required/Un fauteuil roulant est-il requis :

- To and from aircraft/pour l'embarquement et le débarquement
- Up and down stairs/dans les escaliers
- To and from seat/pour le déplacement en cabine

Is passenger travelling with own wheelchair/Le passager voyage-t-il avec son propre chaise roulant?

Yes/Oui (if yes complete information below/Si oui, remplir la section ci-dessous) No/Non

Is Wheelchair/La chaise roulante est-elle :

Collapsible/Pilable: Yes/Oui Electric/Électrique: Yes/Oui Spillable battery/à batterie étanche

No/Non No/Non Non-Spillable battery/à batterie non étanche

NOTE: Wheelchairs with Spillable batteries are restricted articles and are permitted on passenger aircraft only under certain conditions.

NOTA: Les chaises roulantes munies de batteries non étanches sont des articles contrôlés qui ne sont acceptés que sous certaines conditions sur un avion de passagers.

Can passenger use normal aircraft seat with seatback placed in the upright position when required/Le passager peut-il s'asseoir dans un siège d'avion ordinaire dont le dossier est relevé au besoin?

Yes/Oui No/Non

6. AMBULANCE INFORMATION/RESEIGNEMENTS SUR L'AMBULANCE

Ambulance Required/Une ambulance est-elle requise?

Yes/Oui (if yes complete information below/remplir la section ci-dessous) No/Non

Departure Ambulance Company/Services ambulanciers au point de départ :

Phone/Téléphone :

Arrival Ambulance Company/Services ambulanciers à l'arrivée :

Phone/Téléphone :

Destination Hospital/Hôpital de destination :

7. OXYGEN INFORMATION/RENSEIGNEMENTS EN MATIÈRE D'OXYGÈNE

Does patient require Oxygen equipment in flight/Le patient a-t-il besoin d'équipement d'oxygène pendant le vol?

Yes/Oui No/Non

Canadian North to provide/Responsabilité de Canadian North? Yes/Oui No/Non

Rate of Flow/Débit de l'oxygène?

2LPM OR/OU 4LPM

Is patient/escort familiar with the use of the oxygen bottle/ Le patient ou l'accompagnateur connaît-il le fonctionnement d'une bouteille d'oxygène?

Yes/Oui No/Non Canadian North Or/Ou Hospital/Hôpital

P.O.C./C.O.P. (passenger provided/fourni par le passager)

Yes/Oui No/Non

Rate of Flow/Débit de l'oxygène?

1LPM 2LPM 3LPM 4LPM

FITNESS TO TRAVEL - MEDICAL TRAVEL AVIS D'ÉVACUATION SANITAIRE D'UN PATIENT D'HÔPITAL

8. STRETCHER INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LA CIVIÈRE

Does patient require a Stretcher?/Le patient a-t-il besoin d'une civière? Yes/Oui No/Non

If yes, Attendant details/Si oui, renseignements sur le préposé :

Name/Nom :

Email/Courriel :

Phone Number/Numéro de téléphone :

Are they aware of their responsibilities on board?/Sont-ils au courant de leurs responsabilités à bord? Yes/Oui No/Non

9. SPECIAL REQUESTS/ACCOMODATION FOR MENTAL HEALTH DEMANDES SPÉCIALES/ARRANGEMENTS POUR SANTÉ MENTALE

CHECK-IN/ENREGISTREMENT

Will you need assistance to the gate?/Aurez-vous besoin d'aide à la porte d'embarquement? Yes/Oui No/Non

BOARDING/EMBARQUEMENT

Will you prefer to pre-board the other passengers?/Préférez-vous embarquer avant les autres passagers? Yes/Oui No/Non

Will you prefer to board last?/Préférez-vous embarquer en dernier? Yes/Oui No/Non

ON BOARD/À BORD

Will you prefer to not be bothered?/Préférez-vous ne pas être dérangé? Yes/Oui No/Non

Will you request assistance?/Allez-vous demander de l'aide? Yes/Oui No/Non

ARRIVAL/DEPLANNING/ARRIVÉE/DÉBARQUEMENT

Will you like assistance deplanning?/Aimeriez-vous d'aide pour débarquer? Yes/Oui No/Non

10. SEATING/SIÈGE

EXTRA SEATING REQUIRED - DISABLED BY OBESITY/SIÈGE SUPPLÉMENTAIRE REQUIS - HANDICAP EN RAISON D'OBÉSITÉ

This section required only if requesting an extra seat for reasons of obesity/Cette section est nécessaire seulement si un siège supplémentaire est requis en raison d'obésité. Yes/Oui No/Non

**FITNESS TO TRAVEL - MEDICAL TRAVEL
AVIS D'ÉVACUATION SANITAIRE D'UN PATIENT D'HÔPITAL**

11. REMARKS/REMARQUES

Other remarks or important information/Autre remarques ou renseignements pertinents :

* Information provided in this document is for the airline's use only and will remain confidential.

* Les renseignements inscrits sur ce formulaire sont réservés à l'usage de la société aérienne et resteront confidentiels.

Please print name and title/Veuillez imprimer votre nom et votre titre: _____

Physicians Signature/Signature: _____

This form is valid for 3 years after authorization is given by the Physician/Ce formulaire est valide pour trois ans après l'autorisation du médecin.