

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](mailto:oxygen@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.

**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 intraveineuse 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 une 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 une copie du certificat médical)  No/Non

Infant 7 days or younger/Bebe moins 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 une copie du certificat médical)  No/Non

**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.  
 NOTE: 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

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 to provide Oxygen Bottle/Responsabilité de Canadian North d'une bouteille d'oxygène??  Yes/Oui  No/Non

Rate of Flow/Débit de l'oxygène?  2LPM      OR/OU       4LPM

Hospital to provide Oxygen Bottle/ Responsabilité de Hôpital d'une bouteille d'oxygène? (STANTON and Ungava Tulattavik (YVP/YUL) only)  Yes/Oui  No/Non

Rate of Flow/Débit de l'oxygène?  1LPM       2LPM       3LPM       4LPM

Passenger provided/four ni par le passager  Yes/Oui  No/Non

P.O.C./C.O.P.      Brand of P.O.C./Marque de C.O.P.:

Rate of Flow/Débit de l'oxygène?  1LPM       2LPM       3LPM       4LPM

Oxygen Bottle/D'une Bouteille l'oxygène?

Rate of Flow/Débit de l'oxygène?  2LPM      OR/OU       4LPM

**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

**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.