

## OXYGEN REQUEST TRAVEL FORM

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 :

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.

## OXYGEN REQUEST TRAVEL FORM

### 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. 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

### 4. 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 Canadian North d'une bouteille d'oxygène? (STANTON and Ungava Tulattavik (YVP/YUL) only)  Yes/Oui  No/Non

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

Passenger provided/fourni 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

**OXYGEN REQUEST TRAVEL FORM****5. 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

Passenger meets minimum height requirement of 48 inches?/ Le passager répond-il à l'exigence de hauteur minimale de 48 pouces?

 Yes/Oui No/Non

If NO, unable to accommodate / Si NON, impossible d'accueillir.

**6. REMARKS/REMARQUES**

Other remarks or important information/Autre remarques ou renseignements pertinents (do not include confidential medical information/ne pas inclure d'informations confidentielles) :

\* 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: \_\_\_\_\_