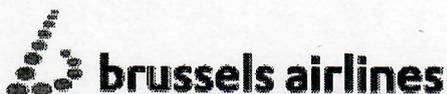




**FORMULAIRE POUR LES PASSAGERS REQUÉRANT UNE ASSISTANCE PARTICULIÈRE
PARTIE 1**

Répondez à TOUTES les questions – indiquez une croix (x) dans les cases "OUI" ou "NON".
Complétez ce formulaire en MAJUSCULES ou utilisez une machine à écrire.

A	<p>DONNÉES DU PASSAGER:</p> <p>Nom: <u>GUYE</u> Prénom: <u>Danielle Irene</u></p> <p>Adresse: <u>7 - rue des Enfants</u> <u>Fuss Delorme x A. C. A. D. O. P. - D. h. d.</u></p> <p>Téléphone: <u>76.467.89.40</u> Date de naissance: <u>02/01/1944</u></p>
B	<p>ITINÉRAIRE PRÉVU:</p> <p>Compagnie/vol: <u>SN238</u> date: de: à:</p> <p>Compagnie/vol: date: de: à:</p>
C	<p>NATURE DE L'INCAPACITÉ:</p> <p><u>Impotence fonctionnelle de membres inférieurs, marche trépidante</u></p>
D	<p>UNE CIVIÈRE EST-ELLE NÉCESSAIRE À BORD?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>
E	<p>ACCOMPAGNATEUR PRÉVU:</p> <p>Nom: Prénom:</p> <p>Sexe: Age:</p> <p>Désignation professionnelle:</p> <p>En cas de personne non voyante ou sourde, un chien entraîné est-il prévu?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>
F	<p>BESOIN D'UNE CHAISE ROULANTE? <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si OUI: Les catégories sont: WCHR WCHS WCHC. Catégorie: <u>WCHC</u></p> <p>Chaise roulante personnelle: <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si personnelle, chaise roulante pliante? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si non pliante: dimensions (hauteur x longueur x largeur)</p> <p>.....</p> <p>motorisée: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si motorisée: poids de la chaise roulante:</p> <p>Type de batterie: humide <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p><small>REMARQUE: les chaises roulantes équipées d'une batterie humide sont des "articles limités" qui ne sont acceptés que sous certaines conditions délivrées par la compagnie aérienne. Certains pays peuvent en outre imposer des restrictions spécifiques.</small></p>



J	<p>LE PASSAGER POSSÈDE-T-IL UNE CARTE FREMEC (FREQUENT TRAVELLER'S MEDICAL CARD) EN ORDRE POUR CE VOYAGE?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, ajouter ci-dessous les données FREMEC à votre demande de réservation.</p> <p>Si NON (ou s'il faut des données supplémentaires du médecin traitant pour les compagnies aériennes), compléter le formulaire Medif.</p> <p>Numéro FREMEC: Fourni par:</p> <p>Valide jusqu'au: Sexe: Age:.....</p> <p>Incapacité:</p> <p>.....</p> <p>Limitations:</p> <p>.....</p>
----------	--

DÉCLARATION DU PASSAGER

"JE SOUSSIGNÉ AUTORISE

.....

(nom du médecin désigné)

à fournir aux compagnies aériennes les informations requises par leurs services médicaux pour pouvoir déterminer ma capacité à voyager en avion. Je relève ce médecin de son devoir professionnel de confidentialité dans le cadre de ces informations et j'accepte de payer les honoraires de médecin engendrés dans ce cadre.

Je prends note que si la compagnie aérienne m'accepte, mon voyage sera soumis aux conditions générales de vol/tarifs de la compagnie aérienne concernée et que celle-ci décline toute responsabilité en dehors de ces conditions/tarifs.

Je suis prêt(e) à assumer, à mes risques et périls, les conséquences qu'un tel transport par avion pourrait occasionner sur mon état de santé et je relève la compagnie aérienne, ses employés et agents de toute responsabilité pour de telles conséquences.

J'accepte de rembourser la compagnie aérienne sur demande pour tout frais ou coût particulier concernant mon voyage. (Si nécessaire, à lire par/au passager, daté et signé par lui ou en son nom).

Lieu: Date: Signature du passager:



brussels airlines

	<p><input type="checkbox"/> Poids du passager: <u>88/0</u></p> <p>I. Genèse cardiaque:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Infarctus récent <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: date:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: date:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Arythmie <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: date:</p> <p><input type="checkbox"/> Autres symptômes cardiaques <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI: date:</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: date:</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments pour le cœur:</p> <p><input type="checkbox"/> Explication: <u>ATA contrôlée</u></p> <p>J. Informations médicales supplémentaires (des problèmes psychiatriques?)</p> <p>K. Crises d'épilepsie:</p> <p><input type="checkbox"/> Type:</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments:</p> <p><input type="checkbox"/> Dernière en date:</p> <p><input type="checkbox"/> Circonstances:</p>
MEDA 04	<p>PRONOSTIC pour le voyage: <u>BON</u></p> <p>Symptômes actuels et gravité: <u>Douleur Bassin avec r- jointe ce fonctionnelle normale</u></p>
MEDA 05	<p>Maladie contagieuse ET transmissible? <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Spécifier:</p>
MEDA 06	<p>La condition physique et/ou mentale du patient pourrait-elle bouleverser ou incommoder les autres passagers? <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Spécifier:</p> <p>(odeur, apparence, comportement, problème vésical ou intestinal, ...)</p>
MEDA 07	<p>Le patient peut-il utiliser des sièges avec un dossier en position DROITE lorsque cela s'avère nécessaire? <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI</p>
MEDA 08	<p>Le patient peut-il subvenir à ses besoins à bord SANS ASSISTANCE? (repas, toilettes, ... y compris)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si non, type d'aide requise: <u>Déplacement Toilette</u></p>
MEDA 09	<p>Si un accompagnement est nécessaire, les dispositions proposées dans la partie 1/E vous conviennent-elles?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

PRINCIPES DESTINÉS À AIDER LE MÉDECIN

1. Certains principes directeurs sont appliqués pour décider si une personne est physiquement et émotionnellement apte à voyager en avion. Bien que la compagnie aérienne étudie chaque cas individuellement, les états de santé suivants sont généralement considérés comme inacceptables pour un transport aérien:
 - Un état cardiaque très sérieux et critique comme : un patient cardiaque sérieusement décompensé ou un patient qui a récemment souffert de l'occlusion d'une artère avec infarctus du myocarde. Ces cas ne peuvent normalement pas être pris en considération dans les six semaines suivant l'attaque et sont laissés à la discrétion de la compagnie aérienne.
 - Les patients ayant du gaz dans le corps suite à un récent pneumothorax ou ceux qui ont récemment eu de l'air introduit dans le système nerveux pour une ventriculographie.
 - Un patient psychotique nécessitant des sédatifs lourds ou une privation de liberté sauf accord particulier. Certaines compagnies aériennes n'acceptent des passagers psychotiques sous aucun prétexte.
 - Des cas graves d'otite moyenne avec blocage de la trompe auditive.
 - Toute maladie contagieuse et transmissible.
 - Les femmes enceintes de plus de 34 (trente-quatre) semaines. (Certaines compagnies aériennes acceptent les grossesses jusqu'à trente-six semaines pour des vols courte distance).
 - Des personnes ayant des affections cutanées contagieuses ou repoussantes.
 - Des cas récents de poliomyélite si un mois ne s'est pas écoulé depuis le début de la maladie. Tous les cas bulbaires de poliomyélite, sauf en cas d'arrangements particuliers avec la compagnie aérienne.
 - Les personnes présentant d'importantes tumeurs médiastinales, des hernies sévères non soutenues, une occlusion intestinale, des maladies crâniennes avec l'augmentation de la pression, des fractures du crâne et celles souffrant d'une fracture récente de la mâchoire avec fixation permanente.
 - Des personnes récemment opérées et n'ayant pas eu suffisamment de temps pour cicatriser.

2. Si une chaise roulante est nécessaire, veuillez indiquer:
 - WCHR si le passager peut monter/descendre les escaliers de l'avion et se rendre par lui-même à son siège.
 - WCHS si le passager ne peut pas monter/descendre les escaliers de l'avion mais est capable de se rendre lentement à son siège par lui-même.
 - WCHC si le passager est complètement immobile et requiert des porteurs/de l'aide pour arriver à son siège.



brussels airlines

G	<p>BESOIN D'UNE AMBULANCE? <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Doit être demandée par la compagnie aérienne? <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Spécifier les données de la compagnie d'ambulance: Nom:</p> <p style="padding-left: 150px;">Téléphone:</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Spécifier l'adresse de destination... <u>Genève, 22 rue du</u> <u>Village suisse</u></p> <p>REMARQUE: si la compagnie doit prévoir une ambulance, les coûts doivent être payés à l'avance.</p>
H	<p>DISPOSITIONS SUPPLEMENTAIRES AU SOL? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si OUI, spécifier ci-dessous et indiquer pour chaque disposition:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la compagnie aérienne ou l'organisation responsable <input type="checkbox"/> qui supporte les frais <input type="checkbox"/> l'adresse/le numéro de téléphone si nécessaire ou si des personnes ont été désignées pour venir chercher/assister le passager <p>Dispositions lors de l'arrivée à l'aéroport de DÉPART: <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <u>WCHC</u></p> <p>Dispositions d'assistance lors de TRANSIT: <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <u>WCHC</u></p> <p>Dispositions lors de l'accueil à l'aéroport d'ARRIVÉE: <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI <u>WCHC</u></p> <p>Autres exigences ou informations pertinentes: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>
I	<p>PENDANT LE VOL:</p> <p>Dispositions requises telles que: menus spéciaux, siège spécial, tabouret, siège(s) supplémentaire(s), oxygène, ... <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si OUI, décrire et indiquer pour chaque disposition:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le(s) segment(s) <input type="checkbox"/> si c'est la compagnie aérienne ou une tierce partie qui s'en occupe <input type="checkbox"/> qui supporte les frais <p>La mise à disposition de matériel spécial comme un appareil à oxygène requiert un formulaire MEDIF.</p>

**INFORMATIONS MÉDICALES (Incad)
PARTIE 2**

À compléter par le médecin traitant.

Ce formulaire vise à fournir des informations CONFIDENTIELLES destinées à aider les services médicaux de compagnies aériennes à évaluer la capacité du passager à voyager. Si le passager est accepté, ces informations permettront de garantir l'application de toutes les directives nécessaires pour assurer le bien-être et le confort du passager. Le médecin traitant du passager en incapacité est tenu de répondre à TOUTES les questions. (Inscrire une croix "X" dans la case "OUI" ou "NON" concernée, et/ou fournir des réponses précises et concises).

Complétez ce formulaire en MAJUSCULES ou utilisez une machine à écrire.

Le formulaire doit être renvoyé au service de coordination de l'assistance médicale

Téléphone: + 32 2 723 37 03

Fax. + 32 2 723 37 05

Email: meda@brusselsairlines.com

Code de réf. de la compagnie: MEDA 01	Données du patient Nom: GUYE Prénom: Mariama Irene Sexe: F Âge: 82
MEDA 02	MÉDECIN TRAITANT: Nom & Adresse: Dr. Francois Charles NDIAYE Médecin Dakar Téléphone: Cabinet: Domicile:
MEDA 03	<p>A. DONNÉES MÉDICALES: Diagnostic détaillé (signes vitaux y compris) Traumatisme du bassin avec impotence fonctionnelle des membres inférieurs</p> <p>B. Jour/mois/année des premiers symptômes: 21/09/2022</p> <p>C. Date de diagnostic: 21/02/2022</p> <p>Date de l'opération:</p> <p>D. Date de sortie de l'hôpital:</p> <p>E. Médication:</p> <p>F. Le patient est-il stable et en état de faire un voyage en avion? <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>G. Signes vitaux: Tension: 14/6 Essoufflement: <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Au repos <input checked="" type="checkbox"/> Pendant l'effort</p> <p>H. Degré de mobilité:</p> <p><input type="checkbox"/> Embarquement avec assistance: <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise roulante nécessaire pour l'embarquement: <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> jusqu'à l'avion <input checked="" type="checkbox"/> jusqu'au siège</p> <p><input type="checkbox"/> Peut monter et descendre des escaliers: <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON</p>

	<p style="text-align: center;">NON OUI</p> <p>Si non, type d'accompagnement nécessaire:</p>	
MEDA 10	<p>Le patient a-t-il besoin d'un appareil à oxygène pendant son vol?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si OUI, débit: Litres par minute <input type="checkbox"/> Continu? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	
MEDA 11	<p>Le patient a-t-il besoin de médicaments autres qu'auto-administrés et/ou l'utilisation d'appareils spéciaux tels qu'un respirateur, un incubateur, ...?</p> <p><input type="checkbox"/> Au SOL à l'aéroport?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Spécifier:</p> <p><input type="checkbox"/> À bord de l'avion?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Spécifier:</p>	
MEDA 12	<p>Le patient a-t-il besoin d'être HOSPITALISÉ?</p> <p>Si OUI, indiquer les dispositions prises ou, si aucune n'a été prise, indiquer "AUCUNE MESURE PRISE"</p> <p><input type="checkbox"/> durant une attente ou un arrêt de nuit en transit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI</p> <p>action: <i>Assistance pendant transit</i></p> <p><input type="checkbox"/> à l'arrivée à DESTINATION</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI</p> <p>action: <i>Attendue à l'arrivée</i></p>	
MEDA 13	<p>Autres dispositions prises par le médecin traitant:</p> <p>.....</p>	
MEDA 14	<p>Autres remarques ou informations dans l'intérêt d'un transport confortable de vos patients:</p> <p>Aucune <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Spécifier le cas échéant:</p>	
<p>Remarque: Le personnel navigant n'est PAS autorisé à fournir une assistance spéciale aux passagers particuliers au détriment de leur service aux autres passagers. De plus, il est uniquement formé pour fournir les PREMIERS SOINS et il n'est PAS AUTORISÉ à faire des injections ou administrer des médicaments.</p> <p>IMPORTANT: LES FRAIS ENCOURUS POUR LA MISE À DISPOSITION DES INFORMATIONS SUSMENTIONNÉES ET DU MATÉRIEL SPÉCIAL FOURNI PAR LA COMPAGNIE AÉRIENNE SONT À CHARGE DU PASSAGER CONCERNÉ.</p>		
Lieu:	Date:	Signature du médecin traitant:
<i>Dokar</i>	<i>28/02/2022</i>	<i>[Signature]</i>