

A faire remplir par le MEDECIN TRAITANT	Ce formulaire est destiné à fournir des renseignements CONFIDENTIELS permettant au service MEDICAL du transporteur de déterminer l'aptitude du passager au voyage. Si le passager peut être accepté, ces renseignements permettront de donner des directives nécessaires à son confort et son bien-être. <b>Le MEDECIN TRAITANT du passager est prié de REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS (mettre une croix dans la case "oui" ou "non " et/ ou donner des réponses précises), IL EST RECOMMANDE DE REMPLIR LE FORMULAIRE EN LETTRE CAPITALES OU DACTYLOGRAPHIEES</b>		A usage exclusif du transporteur Le formulaire doit être retourné par le médecin traitant à : <b>Service Médical Corsairfly</b> Fax : 01.49.79.49.68
MEDA01	Numéro de vol :	Date de départ :	Trajet :
	NOM, PRENOM, SEXE, AGE DU PATIENT		
MEDA02	MEDECIN TRAITANT Nom et adresse Contacts téléphoniques	Professionnel :	Privé:
MEDA03	RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DIAGNOSTIC détaillé (importance des symptômes et stade évolutif) Jour/mois/année des premiers symptômes	Date de diagnostic	
MEDA04	PRONOSTIC pour le voyage		
MEDA05	Maladie contagieuse ET transmissible	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser
MEDA06	L'état mental et/ou physique du patient est-il susceptible d'être une source de gêne ou d'inconfort pour les autres passagers ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser
MEDA07	Le patient peut il utiliser un siège avion normal avec le dossier en POSITION VERTICALE quand c'est nécessaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
MEDA08	Le patient peut il se suffire à lui-même à bord (repas, toilette, etc) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dans la négative, type d'aide nécessaire :
MEDA09	Si le patient doit être accompagné, quelle catégorie d'accompagnement proposez-vous ?		
MEDA10	Le patient a-t-il besoin d'OXYGENE(**) au cours du vol?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Dans l'affirmative, donnez : Débit nécessaire : Litre par minute: En continu : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MEDA11	Le patient a-t-il besoin de MEDICATION(*) autre que celle qu'il peut s'administrer lui-même et/ou d'utiliser des équipements spéciaux tels que appareils respiratoires, couveuses, etc.?(**)	a/ au SOL à (aux) l'aéroport(s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez :
MEDA12		b/ à bord de l'AVION : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez :
MEDA13	Le patient doit il être HOSPITALISE?(dans l'affirmative, précisez les dispositions prises, à défaut, indiquez "RIEN DE PREVU")	a/ en cours de route ou dans une escale de CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles ?
MEDA14		b/ à l'arrivée à DESTINATION <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles ?
MEDA15	Autres remarques ou renseignements pouvant favoriser le confort et le bien être du patient	<input type="checkbox"/> aucune	Dans l'affirmative, Précisez(**) :
MEDA16	Autres dispositions prises par le médecin traitant :		
Note(*) : le personnel de bord n'est PAS tenu de s'occuper plus particulièrement de certains passagers au détriment de son service. En outre, il n'a reçu qu'une formation aux PREMIERS SECOURS et n'est pas AUTORISE à prodiguer des soins médicaux, ni à faire des injections parentérales.		IMPORTANT(**) : LES FRAIS CORRESPONDANT A L'ETABLISSEMENT DE CE DOCUMENT ET A LA FOURNITURE D'EQUIPEMENT SPECIALISE PAR LE TRANSPORTEUR DOIVENT ETRE REGLES PAR LE PASSAGER CONCERNE	
Date	Lieu	Signature du médecin traitant	
Déclaration passager J'autorise par le présent formulaire ..... (Nom du médecin traitant)			
A transmettre au service médical de la compagnie CORSAIRFLY les informations médicales qui lui sont nécessaires pour déterminer mon aptitude à voyager. A ce titre je le dégage de son obligation professionnelle de confidentialité et j'accepte de prendre à ma charge les frais occasionés par l'établissement de ce formulaire. Je prends note que si mon transport est accepté, mon voyage sera soumis aux conditions générales de transport /tarifs de CORSAIRFLY, et que la responsabilité de CORSAIRFLY est engagée dans la limite de ces conditions. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6/01/1978, je suis informé que je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles me concernant, que je peux exercer en écrivant à CORSAIRFLY – Support Commercial – 2 avenue Charles Lindbergh – 94636 Rungis Cedex ; sup.commercial@corsair.com. »			
Date	Lieu	Signature du passager	