

Information aux passagers requérant une assistance particulière – Special Assistance Form SAF

Conformément à la résolution IATA 700 pièce jointe A, 29^e édition, décembre 2010

A.	Nom, prénom : Téléphone (avec indicatif pays et région) : E-mail :	Civilité : Fax :	Âge : Sexe :
B.	Données des dossiers passagers (PNR) :		
C.	Itinéraire :		
	de : à : N° de vol : Classe : Date :		
	de : à : N° de vol : Classe : Date :		
D.	Nature du handicap et/ou de l'assistance requise :		
E.	Civière : <input type="checkbox"/> STCR Accompagnement médical ou paramédical indispensable.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
F.	Accompagnant pendant le vol : Nom de l'accompagnant : Compétence médicale : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier/paramédical <input type="checkbox"/> Aucune PNR (si différent)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
G.	Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> WCHR Le passager peut marcher mais il lui faut une assistance entre l'aérogare et l'avion et un fauteuil roulant ou équivalent si l'embarquement/le débarquement des passagers s'effectue par la rampe d'accès. Il n'a pas besoin d'assistance pour la navette, ni pour la passerelle, ni pour aller de son siège en cabine aux toilettes, ni pour prendre ses repas. <input type="checkbox"/> WCHS Le passager peut marcher mais sa mobilité est réduite : il ne peut pas prendre la navette et il lui faut une assistance pour l'embarquement/le débarquement (notamment pour la passerelle). Il n'a pas besoin d'assistance en cabine pour aller de son siège aux toilettes, ni pour prendre ses repas. <input type="checkbox"/> WCHC Le passager ne peut pas marcher. Il lui faut également une assistance en cabine pour se lever de/s'asseoir dans son siège (Attention : la compagnie ne se charge pas de l'assistance pour les toilettes ou la prise des repas). Propre fauteuil : <input type="checkbox"/> WCH OWN Fauteuil électrique : <input type="checkbox"/> WCH BD/batterie sèche Fauteuil pliant : <input type="checkbox"/> Taille (I/H/L cm) : Poids (kg) :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
H.	Ambulance vers/de l'aéroport (à régler avec l'assistance/l'assurance/le passager) : Nom de la société en charge : contact (téléphone/e-mail) :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
I.	Assistance requise (autre que fauteuil roulant) à l'aéroport : Veuillez préciser :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J.	Autre type d'aide à l'aéroport : Veuillez préciser :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
K.	Veuillez préciser vos besoins (assistance, équipements) en vol/à bord : Veuillez préciser (ex. siège supplémentaire, type d'équipement, siège spécial, etc.) :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Frais imputables au passager.		
	Pour l'usage d'un concentrateur d'oxygène portable ou d'un appareil de respiration assistée (ventilation en pression positive continue : PPC), veuillez consulter les informations spéciales sur http://medicalservices.swiss.com . L'usage de ces appareils nécessite une autorisation technique (pour les deux types d'appareil) et médicale (pour le concentrateur d'oxygène) délivrée par la compagnie.		
L.	FREMEC (carte pour les handicapés se déplaçant fréquemment) : Valable jusqu'au : Délivrée par : Si vous souhaitez obtenir une carte FREMEC, veuillez indiquer l'adresse et le numéro de téléphone du demandeur Adresse : Téléphone :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En application des conditions de transport de SWISS International Air Lines SA, notamment en matière de responsabilité.

Swiss International Air Lines Ltd.
Special Assistance Form (SAF)

Contact: SWISS Medical Services Tel.: +41 58 584 68 33
E-Mail: medicalservices@swiss.com Fax: +41 58 584 68 45

Information aux passagers nécessitant une autorisation médicale – MEDIF, section 1

Conformément à la résolution IATA 700, pièce jointe A, 29^e édition, décembre 2010

Note au médecin traitant:

Les informations en réponse à ce questionnaire seront traitées de manière confidentielle. Elles ont pour but de permettre aux Services Médicaux des compagnies aériennes de juger – comme ils en ont l'obligation et en fonction de leurs connaissances et expériences spécifiques à l'aéronautique – de l'opportunité d'un voyage aérien pour le patient et à quelles conditions. Ces informations aident en outre les Services Médicaux à rédiger des instructions appropriées pour l'assistance qui sera fournie au patient, en considération du diagnostic médical et des circonstances particulières du voyage. Veuillez remplir chaque champ par une croix ou un texte en majuscules en utilisant votre PC pour faciliter la lecture du questionnaire. Vous pouvez saisir votre texte dans les champs grisés. Nous vous remercions de votre précieuse collaboration. N'hésitez pas à nous contacter immédiatement par téléphone ou par e-mail pour tout complément d'information.

1. Patient			
Nom, prénom :			
Date de naissance :	Sexe :	Taille :	Poids :
2. Médecin traitant			
Nom :			
Adresse :		Téléphone :	
E-mail :		Fax :	
3. Diagnostic (anamnèse, apparition de la maladie, épisode ou accident, traitement, précisez si la maladie est contagieuse ou non)			
Nature et date de toute intervention chirurgicale récente ou pertinente :			
4. Symptômes actuels et gravité		Date de leur apparition :	
5. Une réduction de 25% à 30% de la pression partielle de l'oxygène ambiant (hypoxie relative) peut-elle aggraver l'état pathologique du patient ? (La pression en cabine est équivalente à un voyage en un temps très court vers une région montagneuse, à 2400 mètres (8000 pieds) d'altitude)			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain			
6. Informations cliniques additionnelles			
Anémie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date: récent : hémoglobine	et résultat d'analyse gm/dl
Troubles psychiatriques :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, voir section 2	
Cardiopathie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, voir section 2	
Test normal de la vessie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, indiquez le mode de test :	
Test normal des intestins :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Affection respiratoire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, voir section 2	
Le patient a-t-il besoin d'oxygène à domicile ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez combien l/min :	
Oxygène nécessaire pendant le vol ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> 2 l/min <input type="checkbox"/> 4 l/min	
Troubles épileptiques :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, voir section 2	
7. Accompagnant(e)			
Le patient peut-il voyager sans être accompagné ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si rép. négative : une assistance à l'embarquement et au débarquement, fournie par la compagnie, est-elle suffisante ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si rép. négative : Faut-il que le patient soit accompagné par une personne qualifiée ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, qui doit escorter le patient ?		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier/paramédical	<input type="checkbox"/> Autre
Si «autre», l'aide de cette personne, est-elle garantie ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient peut-il voyager assis dans un siège d'avion normal (dossier relevé) ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Mobilité			
Peut-il marcher seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Fauteuil nécessaire à l'embarquement : <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Aiège	
9. Liste de médicaments (posologie incluse) :			
10. Autres informations médicales :			

Information aux passagers nécessitant une autorisation médicale – MEDIF, section 2

Conformément à la résolution IATA 700, pièce jointe A, 29^e édition, décembre 2010

1. Troubles cardiaques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Angine de poitrine :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier épisode :
- Stabilisée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
- Classe fonctionnelle du patient ?	<input type="checkbox"/> Angor avec efforts soutenus	<input type="checkbox"/> Avec activité modérée	
	<input type="checkbox"/> Avec activité restreinte	<input type="checkbox"/> Au repos ou avec activité minimale	
- Le patient peut-il marcher sur une distance de 100 m ou monter 10 à 20 marches sans apparition de symptômes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Infarctus du myocarde :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date :
- Complications ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
- Test d'effort avec monitoring ECG ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel résultat ? METs ou Watt
- Si angioplastie ou pontage coronarien : le patient peut-il marcher sur une distance de 100 mètres ou monter 10 à 20 marches sans apparition de symptômes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Insuffisance cardiaque :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier épisode :
- Le patient est-il sous traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
- Classe fonctionnelle du patient ?	<input type="checkbox"/> Aucun symptôme	<input type="checkbox"/> Dyspnée modérée	
	<input type="checkbox"/> Dyspnée minimale	<input type="checkbox"/> Dyspnée au repos	
Syncope :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du dernier épisode :
- Examen :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel résultat ?
2. Troubles pulmonaires chroniques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Une gazométrie a-t-elle été effectuée récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Conditions de prélèvement	<input type="checkbox"/> A l'air ambiant	<input type="checkbox"/> Sous oxygène	Litres per minute (LPM)
- Résultats, le cas échéant :	pCO ₂ [kPa/mmHg]		pO ₂ [kPa/mmHg]
	% Saturation		Date of exam :
Le patient retient-il le CO ₂ ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Son état s'est-il récemment aggravé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Peut-il marcher sur une distance de 100 m ou monter 10 à 20 marches sans apparition de symptômes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
A-t-il déjà effectué un vol commercial dans son état actuel de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
- Si oui, quand ?			
- A-t-il rencontré des difficultés ?			
3. Troubles psychiatriques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Est-il envisageable que le patient soit agité pendant le vol ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
A-t-il déjà effectué un vol commercial ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
- Si oui, quand ?	A-t-il voyagé :	<input type="checkbox"/> Seul ?	<input type="checkbox"/> Accompagné ?
4. Troubles épileptiques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel type de crises ?			
Fréquence des crises ?			
Date de la dernière crise ?			
Les troubles sont-ils enrayés par la prise de médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
5. Pronostic pour le voyage :	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Mauvais	

Signature du médecin (ou facsimile) :

Date:

Remarque : le personnel navigant n'est pas habilité à fournir une assistance particulière (par ex. soulever les patients ou les aider à prendre leurs repas) à certains passagers spécifiques au détriment de leurs services habituels pour l'ensemble des voyageurs. En outre, leurs compétences s'arrêtent aux premiers secours. Ils ne sont pas autorisés à faire des piqûres ni à administrer des médicaments. Important : Tous frais éventuellement liés à la rédaction du présent formulaire ou à des équipements spéciaux fournis par le transporteur incombent financièrement au passager.