

DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISER UN CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE PORTABLE

Conformément au règlement SFAR 106, les passagers qui doivent utiliser un concentrateur d'oxygène portatif à bord d'un avion de Porter Airlines doivent fournir une déclaration écrite signée par un médecin habilité renfermant les renseignements indiqués à la page 2 de ce formulaire. La déclaration du médecin est valide pour une période d'un (1) an à partir de la date de la signature.

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer à Porter, avec la déclaration du médecin et les renseignements concernant la réservation, par télécopieur au **416 203 6422** le plus tôt possible avant la date du vol. Si ce formulaire est présenté moins de 48 heures avant le vol, nous ferons tous les efforts raisonnables pour répondre à votre demande.

Les frais engagés pour remplir ce formulaire sont à la charge du passager. Les formulaires incomplets ou illisibles ne seront pas approuvés. Les passagers doivent présenter la déclaration du médecin au représentant de la compagnie aérienne au moment de l'enregistrement.

Porter se réserve le droit de communiquer avec le médecin du passager pour confirmer ou éclaircir certains détails. Les renseignements médicaux fournis demeureront strictement confidentiels, conformément aux exigences de la LPRPDÉ et de l'OTC.

Les concentrateurs d'oxygène portatifs doivent être conformes à la catégorie M de l'article 21 du RTCA/DO-160F. Porter Airlines autorise l'utilisation de concentrateurs d'oxygène portatifs AirSep Freestyle, AirSep Lifestyle, Inogen One, Inogen One G2, SeQual Eclipse, Respironics EverGo, Delphi RS-00400 (EVO Central Air), DeVilbiss iGo, Invacare XP02, Invacare Solo2, Oxlife Independence et International Biophysics LifeChoice. Pour les utiliser en vol, ils doivent pouvoir être placés sous le siège du passager dans un espace mesurant 17 pouces de profondeur sur 15 pouces de largeur et 8,5 pouces de hauteur.

Les passagers doivent s'assurer que leur concentrateur d'oxygène portatif est en bon état, libre de contamination comme de l'huile ou de la graisse, et ne montrer aucune marque visible de dommage ou de mauvaise utilisation.

Les passagers doivent s'assurer de transporter suffisamment de piles pour un approvisionnement adéquat en oxygène pour la durée de leur voyage, ce qui comprend la durée du vol, toute la période au sol et les délais imprévisibles. Les piles doivent être transportées dans les bagages à main et être emballées de manière à les protéger contre les dommages ou les courts-circuits.

Veuillez consulter le site www.flyporter.com pour de plus amples renseignements au sujet des services offerts aux passagers ayant une déficience.

Nom du passager : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse de courriel : _____

Date de naissance jj/mm/aaaa : _____

Sexe : Masc. Fém.

Date de voyage jj/mm/aaaa : _____

De/à : _____

Vol(s) proposé(s) : _____

Numéro de réservation : _____

Type de POC proposé pour l'usage à bord :

Dimensions du POC : _____

Consentement du passager

J'autorise par les présentes le D^r _____ à fournir les renseignements requis dans ce formulaire et à en discuter avec Porter Airlines.

Signature : _____ Nom : _____
(en majuscules)

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Nom du patient : _____

Adresse : _____

1. Le patient dont le nom est indiqué ci-haut a-t-il la capacité physique et cognitive de voir, d'entendre et de comprendre les avertissements sonores et visuels et les mises en garde associées à son concentrateur d'oxygène portatif (POC), et de réagir de façon appropriée sans assistance?

Oui : Non :

Dans la négative, l'utilisateur doit voyager avec un accompagnateur capable d'effectuer ces fonctions à sa place.

2. L'usage d'oxygène est-il nécessaire au plan médical pour l'ensemble du voyage ou pour seulement une portion du voyage?

Totalité Portion :

S'il est nécessaire pour une portion du vol seulement, veuillez préciser :

3. Dans des conditions de fonctionnement normal, la pression dans la cabine de l'avion équivaut à 8 000 pieds au-dessus du niveau de la mer. Compte tenu de cette pression dans la cabine, quel est le débit maximum requis par l'utilisateur?

En signant ce formulaire, je reconnais que je fournis des renseignements qui seront utilisés pour déterminer si le patient peut voyager en toute sécurité à bord d'un vol de Porter Airlines en utilisant un POC. Si j'ai indiqué que le patient ne peut réagir de façon appropriée aux avertissements et aux mises en garde du POC, je reconnais que le patient doit voyager avec un compagnon qui est capable d'effectuer ces fonctions à sa place.

Je certifie par les présentes que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais et exacts au meilleur de ma connaissance.

Nom du médecin : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

Province d'enregistrement : _____ Numéro d'enregistrement actuel : _____