



<b>1. RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT, LA CLIENTE</b>
Prénom et nom _____
Numéro de l'EMI _____ Numéro IUC _____
Date prévue du départ _____ Année Mois Jour
<b>2. AUTRES RENSEIGNEMENTS</b>
Principaux diagnostics médicaux (ajouter le code CIM-10) _____ _____
Autres détails cliniques relatifs aux services demandés : assistance médicale (médecin/infirmier)/oxygène thérapeutique/siège spécial/autre _____ _____
L'état du client est-il assez stable pour lui permettre de voyager à la date prévue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans la négative, veuillez indiquer quand le voyage serait possible selon vous. _____
En quoi le soutien médical en transit visé par cette demande est-il susceptible d'améliorer la situation du client, et pourquoi un tel soutien est-il requis en plus des procédures de sécurité standards du transporteur aérien? Veuillez également joindre un résumé des références médicales en matière de voyage ou de vol pour appuyer la décision relative à cette demande (p. ex., lignes directrices médicales de l'Association du transport aérien international, manuel de médecine aéronautique, lignes directrices de l'Association de médecine aéronautique et spatiale ou autres lignes directrices professionnelles similaires publiées). _____ _____ _____
Qui est le proche aidant qui répond actuellement aux besoins médicaux spécialisés du client sur une base quotidienne (p. ex., le client lui-même, un parent, un(e) ami(e), autre)? _____ _____
Est-ce que le proche aidant accompagnera le client lors de son voyage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurez-vous qu'un plan écrit de transfert des soins médicaux à la destination finale est en place, conformément aux lignes directrices de l'OIM. _____
Nom et spécialité du fournisseur à l'origine de cette demande de soutien médical en transit : _____ _____

Remplir la partie 1 (renseignements administratifs) et la partie 2 (renseignements médicaux) de ce formulaire et le faire parvenir au PFSI à IRCC. IFHP-PFSI.IRCC@cic.gc.ca avec copie conforme au bureau médical d'IRCC de votre région. Joindre des feuilles supplémentaires au besoin.

Si la demande est approuvée, le personnel du PFSI signera le formulaire et vous retournera la partie 1. Pour demander un remboursement, envoyez une copie de la partie 1 signée par IRCC avec votre demande de règlement à Croix Bleue Medavie à CIC\_Inquiry@medavie.croixbleue.ca.

**IMPORTANT : Une copie de ce formulaire (partie 1 et partie 2) doit être conservée dans le dossier en vue des vérifications.**

