



Autorisation justifiant le besoin d'avoir un auto-injecteur d'épinéphrine à bord de l'avion

À qui de droit,

M. / Mlle/ Mme _____ souffre d'une allergie sévère à _____ pouvant causer des réactions anaphylactiques. Ces réactions peuvent être imprévisibles et survenir après l'exposition à de très petites quantités d'allergènes. Un médicament (l'épinéphrine, sous forme d'auto-injecteur), qui pourrait lui sauver la vie en cas d'exposition accidentelle, lui a été prescrit par un médecin et doit être disponible en tout temps.

Si une réaction survenait, il est essentiel que cette médication lui soit administrée dans les plus brefs délais afin d'arrêter la progression de la réaction. Un retard dans l'administration de ce traitement pourrait être très dangereux en plein vol, et pourrait exiger un atterrissage d'urgence et même entraîner la mort du passager allergique.

Comme le recours immédiat à l'épinéphrine peut sauver la vie du patient, je vous demande de permettre à _____ de transporter son (ses) auto-injecteur(s) à bord.

Approval justifying the need to have an auto-injector of epinephrine on board the plane

To whom it may concern,

Mr / Miss / Mrs _____ suffers from a severe allergy to _____ that can lead to anaphylaxis. The reaction can be unpredictable and can happen after exposure to a very small amount of the allergen. A type of medication (epinephrine, available in an auto-injector), which could save his/her life in case of accidental exposure, was prescribed by a physician and needs to be available at all times.

If a reaction would occur, it is essential that this medication is administered as soon as possible in order to stop the progression of the reaction. A delay in delivering of this treatment could be extremely dangerous on flight, and might necessitate an emergency landing and can lead to death for the patient.

As immediate access to epinephrine can save the life of this person, I ask you to allow _____ to carry his/her auto-injector(s) on board.

Nom du médecin/Name of Physician : _____
No. de pratique/Practician ID: _____
N° telephone : _____ **N° fax :** _____
Date : _____ **Signature :** _____