

Questionnaire préalable au contrôle médical d'aptitude à la conduite

Arrêté du 28/03/22 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

Vous êtes invité(s) à remplir loyalement ce document avant votre visite et à le remettre en main propre au(x) médecin(s) agréé(s) après avoir complété et signé. Il est couvert par le secret médical.

1. État civil

Nom :	Profession :
Prénom :	Adresse :
Date de naissance : / /
Commune de naissance (et pays pour les personnes nées à l'étranger) :

2. Votre ou vos permis de conduire

Catégorie(s) de permis détenue(s) : A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Ou autre permis non européen, lequel :

Date(s) de délivrance : / / et : / /

Restriction(s) d'usage ou aménagements : Oui Non si oui lequel ?

3. Motif de votre visite

Renouvellement périodique (permis groupe lourd ou assimilé « groupe lourd ») Visite médicale (groupe léger)

Demande de permis de conduire après suspension, invalidation ou annulation ou infraction oui non

> Suis-je déjà venu(e) à une précédente visite médicale d'aptitude à la conduite : oui non

> Date : / /

4. Vos pathologies spécifiques

Êtes-vous atteint(e) d'une maladie cardiaque ? oui non
si oui laquelle :

Êtes-vous porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque ? oui non
Si oui depuis quand ? (indiquez la date) : / /

Avez-vous subi une intervention du cœur ? oui non
Si oui laquelle ?

Avez-vous des problèmes de vue ? oui non
(baisse d'acuité visuelle, glaucome, cataracte ou autre pathologie...)
Si oui lesquels ?

Portez-vous des lentilles ou des lunettes ? oui non

Êtes-vous atteint(e) de la perte d'un œil ? oui non
Si Oui depuis quand ?

Avez-vous des problèmes d'audition ? oui non

Avez-vous des troubles de l'équilibre ou de vertiges ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait une crise d'épilepsie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, indiquez la date de la dernière crise ? : / /	
Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien avec des conséquences : maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quelles sont les conséquences ?	
Utilisez-vous des appareils respiratoire notamment la nuit (oxygène, masque pour la nuit...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vous arrive-il de vous endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion ou au volant, ou dans d'autres circonstances <u>non appropriées</u> ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous soigné(e) pour le diabète ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, avez-vous déjà fait des malaise par manque de sucre (hypoglycémies) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

5. Informations sur votre état de santé général

Êtes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous été hospitalisé(e) et / ou opéré(e) au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Consommez-vous ; même occasionnellement, des drogues illicites (cannabis, héroïne, cocaïne ou autres) ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement
A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ?	<input type="checkbox"/> Jamais ou rarement <input type="checkbox"/> environ 1 à 3 fois par mois <input type="checkbox"/> environ 1 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> tous les jours
Avez-vous rencontré des difficultés particulière en conduisant et pourquoi ? (Accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, à conduire la nuit) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lesquelles ?
Prenez-vous des médicaments régulièrement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels, à quelle dose et, si possible, à quel moment de la journée ? Vous pouvez joindre, si vous le souhaitez votre dernière ordonnance.	
Avez-vous d'autres problèmes de santé que vous souhaitez signaler ? Si oui lequel ou lesquels ?	

A

Date : / /

Signature