

Apposez-ici votre cachet

## VISITE MÉDICALE D'APTITUDE A LA CONDUITE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR A REMPLIR PAR L'USAGER AVANT LA VISITE MÉDICALE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ..... Profession : .....

### INFORMATIONS CONCERNANT MON PERMIS

- Catégories de permis
  - Détenus : .....
  - Sollicités : .....
- Demande de renouvellement pour les permis : .....
- L'examen est justifié par
  - Renouvellement périodique :  OUI  NON
  - Autre(s) motif(s). Si oui le(s)quel(s) ? : .....
- Ai-je déjà eu des infractions ?
  - Pour conduite sous l'emprise de boissons alcoolisées :  OUI  NON
  - Pour conduite sous l'emprise de drogue :  OUI  NON
- Mon permis a-t-il déjà fait l'objet ?
  - De suspension, annulation ou invalidation :  OUI  NON
  - De mentions restrictives (ex. : durée limitée, ...) :  OUI  NON
  - D'aménagements (port de correction visuelle ou auditive, prothèses, véhicule aménagé) :  OUI  NON

### INFORMATIONS CONCERNANT MA SANTÉ

1. Pension d'invalidité ou travailleur handicapé :  OUI  NON
2. Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ?  
 OUI  NON
- Si oui, pour quel motif ? : .....

3. Est-ce que je suis suivi(e) régulièrement par mon médecin traitant ?

OUI  NON

4. Est-ce que j'ai consulté ?

- Mon médecin traitant plus de quatre fois au cours des douze derniers mois ?

OUI  NON

- Un médecin spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ?

OUI  NON

5. Est-ce que j'ai été hospitalisé(e) et / ou opéré(e) au cours des cinq dernières années ?

OUI  NON

Si oui, pour quel motif ? : .....

.....

6. Est-ce que je prends des médicaments chaque jour ?

OUI  NON

Si oui, lesquels ? : .....

.....

7. Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant (accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, malaise au volant, me trompe souvent de route, suis gêné(e) dans l'exécution de certaines manœuvres ...) :  OUI  NON

8. Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?

OUI  NON

9. 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) ?

Jamais  Tous les jours  Moins d'une fois par semaine

10. Combien de verres buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous consommez de l'alcool ? ..... verres

11. Est-ce que je consomme, même occasionnellement des drogues illicites (cannabis, ecstasy, héroïne ou autres) :  OUI  NON

12. Ai-je déjà été suivi(e) pour des problèmes de consommation d'alcool ou autres drogues ?

OUI  NON

13. Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel, ou de tension ?  
 OUI  NON
14. Ai-je un pace-maker, un défibrillateur implanté, des stents ?  
 OUI  NON
15. Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ?  
 OUI  NON
16. Ai-je parfois des vertiges ?  
 OUI  NON
17. Ai-je des trous de mémoires, oublis fréquents, difficultés à me concentrer ?  
 OUI  NON
18. Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité) ?  
:  OUI  NON
19. M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant, ou dans d'autres circonstances non appropriées ?  
 OUI  NON
20. Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?  
 OUI  NON
21. Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?  OUI  NON
22. Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?  OUI  NON  
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoires ou autres) ?  OUI  NON
23. Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?  OUI  NON  
Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de mémoire ou autres) ?  OUI  NON
24. Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?  OUI  NON

25. Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?  OUI  NON  
Si oui, date de la dernière crise : .....

26. Est-ce que je suis soigné(e) pour du diabète ?  OUI  NON

27. Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?  
 OUI  NON

28. Autres problèmes médicaux ?  OUI  NON  
Si oui, merci de préciser : .....

.....  
.....

J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à ....., le .... / .... / .....

Signature