

## Questionnaire préalable au contrôle médical d'aptitude à la conduite

Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affectations 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(e) à remplir loyalement ce document avant votre visite et à le remettre en mains propres au(x) médecin(s) agréé(s) après l'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) : ..... | 59.....            |

### 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, lesquels ? .....

### 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  OUI  NON  
ou infraction :

→ 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 ? (indiquer la date) ...../...../.....

Avez-vous subi une intervention du cœur ?  OUI  NON  
Si OUI, laquelle ?.....

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

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Portez-vous des lentilles ou des lunettes ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Êtes-vous atteint(e) de la perte de la vision d'un oeil ?<br>Si OUI, depuis quand ? .....   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des problèmes d'audition ?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ? .....<br>Si OUI, indiquez la date de la dernière crise : ...../...../.....   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien <u>avec des conséquences</u> : maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres ?<br>Si OUI, quelles sont les conséquences ? ..... | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit ? ( <i>Oxygène, masque pour la nuit ...</i> )   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Vous arrive-t-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 malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>5 – Informations sur votre état de santé général</b>  |                              |                              |
| 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 cinq dernières années ?<br>Si OUI, pour quel motif ? .....  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites ( <i>cannabis, ecstasy, héroïne, cocaïne ou autres</i> ) ?<br><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement   |                              |                              |
| À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ? ( <i>vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur</i> )<br><input type="checkbox"/> Jamais ou rarement <input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par mois<br><input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours |                              |                              |
| Avez-vous rencontré des difficultés particulières en conduisant et pourquoi ? ( <i>Accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problèmes pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, à conduire la nuit</i> ) ?<br>Si OUI, lesquelles ? .....   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Prenez-vous des médicaments régulièrement ?<br>Si OUI, lesquels, à quelle dose et, si possible, à quel moment de la journée ?<br>.....<br>Vous pouvez joindre, si vous le souhaitez, votre dernière ordonnance   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous d'autres problèmes de santé que vous souhaiteriez signaler ?<br>Si OUI, lequel ou lesquels ? .....   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

À .....

Date ...../...../.....

Signature : .....