



**Questionnaire à remplir par l'utilisateur avant le contrôle médical
destiné exclusivement au médecin agréé ou à la commission médicale**

Arrêté du 28 mars 2022 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 (refonte)

1 / ETAT CIVIL

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

2 / MON PERMIS DE CONDUIRE

Catégorie(s) de permis détenue(s) :

A1 A2 A B B1 BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

ou autres permis non européen, lequel :

Date(s) de délivrance : ... /... / et ... /... / - ... /... /

Restriction(s) d'usage ou aménagements : **OUI : - NON :**

=> Si oui, lesquels ?

3 / MOTIF DE MA VISITE

Renouvellement périodique (permis groupe lourd ou assimilé « groupe lourd ») :

Visite médicale (groupe léger) :

Demande de permis de conduire après une :

Suspension : **OUI NON** Invalidation : **OUI NON**

Annulation : **OUI NON** Infraction : **OUI NON**

Suis-je déjà venue à une précédente visite médicale d'aptitude à la conduite ? **OUI NON**

Si oui, date :

4 / VOS PATHOLOGIES SPECIFIQUES :	
Etes-vous atteint(e) d'une maladie cardiaque ? Si oui, laquelle ? :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque ? Si oui, depuis quand ? Indiquez la date :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une intervention du coeur ? Si oui, laquelle ? :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de vue ? (<i>baisse d'acuité visuelle, glaucome, cataracte ou autre pathologie</i>) Si oui, lesquels ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Portez-vous des lunettes ou des lentilles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous atteint(e) de la perte de la vision d'un œil ? Si oui, depuis quand ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes d'audition ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une crise d'épilepsie ? Si oui, indiquez la date de votre dernière crise :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien avec des conséquences : <i>maux de tête, vertiges, paralysies, trouble de la mémoire ou autre</i> ? Si oui, quelles sont les conséquences	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit ? (<i>Oxygène, masque pour la nuit</i>)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de vous endormir (<i>même très peu de temps</i>) à table, au cours d'une réunion ou au volant, ou dans d'autres circonstances non appropriées ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous soigné(e) pour le diabète ? Si oui, avez vous fait des malaises par manque de sucre (<i>hypoglycémies</i>) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

5 / INFORMATIONS SUR VOTRE ETAT DE SANTE GENERAL	
Etes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous été hospitalisé(e) et/ou opéré(e) au cours de 5 dernières années ? Si oui, pour quel motif ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites ? (<i>cannabis, héroïne, cocaïne ou autres</i>) => <input type="checkbox"/> JAMAIS <input type="checkbox"/> OCCASIONNELLEMENT <input type="checkbox"/> REGULIEREMENT	
A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ? (<i>bière, vin, cidre, apéritif ou liqueur</i>) <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 particulières en conduisant et pourquoi ? (<i>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</i>) Si oui, lesquelles,	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments régulièrement ? Si oui, lesquels ?..... A quelle dose et, si possible, à quel moment de la journée ?..... Vous pouvez joindre, si vous le souhaitez, votre dernière ordonnance.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous d'autres problème de santé que vous souhaiteriez signaler ? Si oui, lequel ou lesquels ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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

Fait à, le

Signature :