



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

Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec 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) :.....	

#### 2. Votre ou vos permis de conduire

Catégories de permis détenues : A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Ou autres permis non européens, lequel : .....

Date(s) de délivrance:...../...../..... Et :...../...../.....

Restriction(s) d'usage ou aménagement(s) : Oui  Non  Si oui, lesquels ? .....

#### 3. Motif de votre visite

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

Demande de permis de conduire après suspension, invalidation ou annulation 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 (indiquez la date) :...../...../.....

Avez-vous déjà 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 ? Oui  Non

Êtes-vous atteint(e) de la perte de la vision 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 des vertiges ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une crise d'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quelles sont les conséquences ?.....	
Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit (oxygène, masque pour la nuit...) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 non appropriées ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous soigné(e) pour le diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémie) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

5. Informations sur votre état de santé général	
Êtes-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 des 5 dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?.....	
Consommez-vous, même occasionnellement, des drogues illicites (cannabis, ecstasy, héroïne, cocaïne ou autres) ?	
Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement <input type="checkbox"/>	
À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin, bière, cidre, apéritif ou liqueurs) ?	
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 <input type="checkbox"/>	
Avez-vous rencontré(e) des difficultés particulières en conduisant et pourquoi (accrochage, accident au cours des 5 dernières années, problèmes pour lire les panneaux, difficulté pour apprécier les vitesses ou les distances, à conduire de nuit) ?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ?.....	
Prenez-vous des médicaments régulièrement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels, à quelles doses et, si possible, à quels moments 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 :.....