MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR
Liberté
Égalité
Fraternité

Questionnaire préalable au contrôle médical d'aptitude à la conduite

Arrêté du...fixant la liste des affections médiales 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. Etat 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, 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 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

Etes-vous atteint(e) d'une maladie cardiaque ? ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, laquelle : ……

Etes-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 (baisse d'acuité visuelle, glaucome, cataracte ou autre *pathologie*...) ? ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, lesquels ?……

Portez-vous des lentilles ou des lunettes ? ☐ OUI ☐ NON

Etes-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 ☐ NON
Avez-vous déjà fait une crise d'épilepsie ? : Si OUI, indiquez la date de la dernière crise ?..../..../.....	☐ OUI ☐ NON
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 ? Si OUI, quelles sont les conséquences ?.....	☐ OUI ☐ NON
Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit ? *(Oxygène, masque pour la nuit...)* ?	☐ OUI ☐ 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 non appropriées ?	☐ OUI ☐ NON
Etes-vous soigné(e) pour le diabète ? Si OUI, avez-vous déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?	☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON

5. Informations sur votre état de santé général

Etes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous été hospitalisé(e) et / ou opéré(e) au cours des cinq dernières années ? Si OUI, pour quel motif ?	☐ OUI ☐ NON
Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites (*cannabis, ectasy, héroïne, cocaïne ou autres*) ? ☐ Jamais ☐ Occasionnellement ☐ 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*) ? ☐ Jamais ou rarement ☐ Environ une à trois fois par mois ☐ Environ une à trois fois par semaine ☐ Tous les jours	
Avez-vous rencontré des difficultés particulières en conduisant et pourquoi ? (*Accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, à conduire de nuit*) ? ☐ OUI ☐ NON Si OUI, lesquelles :.....	
Prenez-vous des médicaments régulièrement ? 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.	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous d'autres problèmes de santé que vous souhaiteriez signaler ? Si OUI, lequel ou lesquels ?.....	

A..... Date...../...../.....

Signature :.....