

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

1- Mon état civil			
Nom : .....	Commune de naissance (1): .....		
Prénom : .....	Profession : .....		
Date de naissance : ...../...../.....			
2- Mon permis de conduire			
Date de délivrance : .../.../.....			
Catégorie(s) demandée(s) : AM <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/>			
Restrictions d'usage ou aménagements : .....			
3- Motif de ma visite			
Renouvellement périodique			<input type="checkbox"/>
Visite de contrôle			<input type="checkbox"/>
Demande de permis de conduire après invalidation ou annulation			<input type="checkbox"/>
Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route			<input type="checkbox"/>
Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation			
➤ d'alcool ?			<input type="checkbox"/>
➤ de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ?			<input type="checkbox"/>
Mon permis a-t-il déjà été :	➤ suspendu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ invalidé (solde de points nul) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ annulé (par le juge) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date de ma précédente visite médicale : ...../...../.....			
4- Mon état de santé			
4-1- Suivi			
Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ? Si oui, pour quel motif ? .....		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ? Si oui, pour quel motif ? .....		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Si oui, lesquels ? .....		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

(1) ou pays pour les personnes de nationalité étrangère

4-2- Consommation d'alcool ou de drogues		
A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ( vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ?...../verres		
Combien de verres « standard » (dose débit de boisson) m'arrive-t-il de boire au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool ? ...../ verres		
Combien de fois dans l'année m'arrive-t-il de consommer plus de 5 doses standard en une seule occasion ? ...../ an		
Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne, ou autres ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4-3- Mon état général		
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 pour apprécier les vitesses ou les distances, je me trompe souvent de route, exécution de certaines manœuvres difficiles...)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière ( glaucome, cataracte, DMLA, Autres..) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel ou de tension ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je parfois des vertiges ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des trous de mémoires, des difficultés à me concentrer ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des difficultés de sommeil ( problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
M'est-il 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit,...) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière date de crise .....		
Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres problèmes médicaux ?		
Si oui, merci de préciser : .....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

Fait à ....., le ... / ... / .....

Signature