



SÉCURITÉ ROUTIÈRE
TOUS RESPONSABLES



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

1. Mon état civil

Nom :

Commune de naissance ¹ :

Prénom :

Profession :

Date de naissance : / /

.....

2. Mon permis de conduire

Date de délivrance : / /

Restrictions d'usage ou aménagements :

3. Motif de ma visite

Si la visite fait suite à une infraction, celle-ci est-elle liée à la consommation

❖ d'alcool ?

❖ de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ?

Mon permis a-t-il déjà été :

❖ suspendu ? Oui Non

❖ invalidé (solde de points nul) ? Oui Non

❖ annulé (par le juge) ? Oui Non

Date de ma précédente visite médicale d'aptitude à la conduite : / /

1. Ou pays pour les personnes de nationalité étrangère

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 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 ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?	
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?	
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"/>

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 ? / verres	
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 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 déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des trous de mémoire, 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 déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant etc ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<p>Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?</p> <p>Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?</p> <p>Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?</p> <p>Si oui, date de la dernière crise :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Est-ce que je suis soigné pour du diabète ? Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Autres problèmes médicaux ?</p> <p>Si oui, merci de préciser :</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

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

Fait à, le / /

Signature