

**QUESTIONNAIRE MEDICAL\***  
**à remplir par l'utilisateur avant le contrôle médical destiné exclusivement aux médecins de la commission médicale départementale des permis de conduire**

**NOM :** ..... **Prénom**.....  
**né(e) le**..... **Profession**.....

**Informations concernant mon permis de conduire**

**Catégories de permis détenus ou sollicités** (entourer les catégories concernées)

Groupe léger : AM – A1 – A2 – A – B1 – B – BE

Groupe lourd: C1 – C – CE1 – CE – D1 – D – DE1 - DE

**Motif de votre passage devant la commission médicale**

- une ou plusieurs infractions liée(s) à l'usage d'alcool ou stupéfiants:
- suspension                      renouvellement ( 2ème visite)
  - invalidation (solde nul)      annulation judiciaire
- Autres:

**Motif de l'infraction** (si c'est le cas)

- conduite sous l'emprise de boissons alcoolisées  
 conduite sous l'emprise de drogues

**Informations concernant ma santé**

<b>1 - Je suis titulaire d'une pension d'invalidité :</b> Je suis reconnu travailleur handicapé :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>2 - Ai-je été en arrêt de travail de plus de 1 mois consécutif au cours des 5 dernières années ?</b> Si oui, pour quels motifs ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>3 - Est-ce que je suis suivi(e) régulièrement par mon médecin traitant ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>4 - Est-ce que j'ai consulté ?</b> Mon médecin traitant plus de 4 fois au cours des 12 derniers mois ? Un médecin spécialiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>5 - Est-ce que j'ai été hospitalisé et/ou opéré au cours des 5 dernières années ?</b> Si oui pour quel motif ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>6 - Est-ce que je prends des médicaments chaque jour ?</b> Si oui lesquels :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>7 - Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant ?</b> (accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, problèmes pour lire les panneaux, difficultés pour apprécier les vitesses ou les distances, malaise au volant, me trompe souvent de route, suis gênée dans l'exécution de certaines manœuvres, etc...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>8 - Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>9 - A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ?</b> (vin, bière, cidre, apéritif, alcools forts, etc...)	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine

<b>10 - Je bois combien de verres au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool</b> nombre de verres (taille standard = dose débit de boissons)	Nombre de verres :
<b>11 - Est-ce que je consomme, même occasionnellement des drogues illicites</b> telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne, etc...	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>12 - Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou autres drogues ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>13 - Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériels ou de tension ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>14 - Ai-je un pace-maker, un défibrillateur implanté, des stents ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>15 - Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière</b> ( glaucome, cataracte, DMLA, autres ) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>16 - Ai-je parfois des vertiges ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>17 - Ai-je des trous de mémoires, oublis fréquents, difficultés à me concentrer ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>18 - Ai-je des difficultés de sommeil ?</b> (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>19 - M'est-il déjà arrivé de m'endormir</b> ( même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant ou dans d'autres circonstances non appropriées ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>20 - Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires ?</b> (oxygène, masque pour la nuit, autres...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>21 - Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>22 - Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?</b> Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui ?( maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de mémoires ou autres...):	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>23 - Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien?</b> Si oui y a-t-il des conséquences aujourd'hui ? ( maux de tête, vertiges, troubles de mémoire ou autres )	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>24 - Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>25 - Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?</b> Si oui date de la dernière crise :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>26 - Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>27 - Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre ?</b> ( hypoglycémies)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>28 - Autres problèmes médicaux ?</b> Si oui, merci de préciser lesquels :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Remarques :</b>
--------------------

<i>J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.</i>	
Fait à .....	Signature
Le .....	