

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 Prénom :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Profession :

2. Mon permis de conduire Date de délivrance :

Catégorie(s) demandée(s) : Groupe léger ☐AM ☐A1 ☐A2 ☐A ☐B ☐B1 ☐ BE ☐

Groupe lourd ☐C1 ☐C1E ☐C ☐CE ☐D1 ☐D1E ☐D ☐DE

Restrictions d'usage ou aménagement : . . .

3. Motif de ma visite

☐ Renouvellement périodique ☐ Visite de contrôle ☐ après invalidation ou annulation

☐ Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route

Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation **d'alcool** ☐ Oui ☐ Non

ou de substances ou de plantes classées comme **stupéfiants** ☐ Oui ☐ Non

Mon permis a-t-il déjà été suspendu ? ☐ Oui ☐ Non

invalidé (solde de points nul) ? ☐ Oui ☐ Non

Date de ma précédente visite médicale : . . .

4. Mon état de santé

a. Suivi

- Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je été en arrêt de travail plus d'1 mois consécutif ces 5 dernières années ☐ Oui ☐ Non
Si Oui, pour quel motif ?
- Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ☐ Oui ☐ Non
→ Pour quel motif ?
- Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? ☐ Oui ☐ Non
→ Lesquels ?

1 VERRE STANDARD



b. 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) :
... fois par jour ... fois par semaine
- Combien de verres « standard » 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 standards en une seule occasion ? .../ an
- Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le **Cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne ou autres...** ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ? ☐ Oui ☐ Non

c. Mon Etat général

- Est-ce que je rencontre des **difficultés particulières en conduisant** (accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, problèmes pour lire les panneaux, difficulté pour apprécier les vitesses ou les distances, je me trompe souvent de route, exécution de certaines manœuvres difficiles...) ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que je porte des **lunettes ou des lentilles** de contact ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je des **problèmes de vue** (glaucome, cataracte, DMLA, autres ?) ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je déjà eu des **problèmes cardiaques, artériel, ou de tension** ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je un **pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents** ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je parfois des **vertiges** ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je des **trous de mémoires, des difficultés à me concentrer** ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je des difficultés de **sommeil** ☐ Oui ☐ Non
(problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ?
- 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, ou dans d'autres circonstances non appropriées ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je déjà eu des **appareillages respiratoires** (oxygène, masque pour la nuit, autres) ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je déjà eu des **pertes de connaissances, syncope** ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je déjà été victime d'un **accident vasculaire cérébral** ? ☐ Oui ☐ Non
→ Si oui, **y a-t-il des conséquences** aujourd'hui ☐ Oui ☐ Non
(maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres)
- Ai-je déjà été victime d'un **traumatisme crânien** ? ☐ Oui ☐ Non
→ Si oui, **y a-t-il des conséquences** aujourd'hui ? ☐ Oui ☐ Non
(maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres)
- Ai-je déjà pris des **traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil** ? ☐ Oui ☐ Non
- Ai-je déjà fait une crise d'**épilepsie** ☐ Oui ☐ Non
Si oui, **date de la dernière crise** :
- Est-ce que je suis soigné pour du **diabète** ? ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ☐ Oui ☐ Non
- **Autres problèmes médicaux** ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, merci de préciser :

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

Fait le

Signature