



**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 <sup>1</sup> : .....
Prénom : .....	.....
Date de naissance : .... / .... / .....	Profession : .....
	.....

### 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 ?	<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 ( <i>solde de points nul</i> ) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	❖ annulé ( <i>par le juge</i> ) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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  Non

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

Si oui, pour quel motif ? .....

Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ? Oui  Non

### 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  Non

Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ? Oui  Non

### 4.3. Mon État général

Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ? Oui  Non

Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (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 déjà eu des pertes de connaissances, syncope ? Oui  Non

Ai-je des trous de mémoire, des difficultés à me concentrer ? Oui  Non

Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ? Oui  Non

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  Non

Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ? Oui  Non

<p>Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ? .....</p>
<p>Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span></p>
<p>Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui, date de la dernière crise : .....</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) ? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span></p>
<p>Autres problèmes médicaux ? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span></p> <p>Si oui, merci de préciser : .....</p>

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

Fait à ....., le .... / .... / .....

Signature