



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

A, le

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 A1 A2 A B B1 BE C1
C1E C CE D1 D1E D DE

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 : / /	

¹
Ou pays pour les personnes de nationalité étrangère.

4.3. Mon Etat general (suite)

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 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 <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"/>
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 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, paralysie, 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 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"/>

4. Mon état de santé

4.1. Suivi

Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ? Oui Non

Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq 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
Si oui, pour quel motif ?

Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Oui Non
Si oui, lesquels ?

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 Non

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

4.3. Mon Etat 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 Non

4.3. Mon Etat general (suite et fin)

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 à, le / /

Signature