

Tous les frais pouvant être demandés pour remplir ce formulaire doivent être payés par la personne visée par l'examen et ne sont pas remboursables par la Société.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (No., rue, app.) \_\_\_\_\_ Municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance (A A A A | M M | J J J J) \_\_\_\_\_ N° de permis de conduire \_\_\_\_\_

N° de téléphone (résidence) Ind. rég. \_\_\_\_\_ N° de téléphone (travail) Ind. rég. \_\_\_\_\_

**IMPORTANT**  
Veuillez retranscrire en en-tête de chacune des pages de ce formulaire le nom de la personne visée par l'examen médical de même que sa date de naissance et son numéro de permis de conduire (si connu).

**À LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN MÉDICAL**

- Lire et signer le texte d'autorisation ci-dessous.
- Prendre connaissance du texte sur la protection des renseignements personnels au bas de la page 4.

Je, soussigné, autorise par la présente la Société de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements médicaux me concernant avec le médecin qui a signé ce formulaire. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

Signature de la personne visée par l'examen médical : \_\_\_\_\_ Date : A A A A | M M | J J J J

Une photocopie ou une reproduction informatique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

**AU MÉDECIN**

L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'affecter la capacité à conduire. Une liste de troubles pertinents est présentée au début de plusieurs sections. Il s'agit d'un aide-mémoire et tout trouble qui n'y est pas énuméré doit quand même être signalé à la section 10.

**TROUBLES VISUELS**

**1** Glaucome, cataracte, champ visuel anormal, etc.

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Acuité visuelle selon Snellen : Sans correction ▶ OD : 6/ \_\_\_\_\_ OS : 6/ \_\_\_\_\_ OU : 6/ \_\_\_\_\_ Avec correction ▶ OD : 6/ \_\_\_\_\_ OS : 6/ \_\_\_\_\_ OU : 6/ \_\_\_\_\_

– Peut être omise si le patient a été dirigé vers un ophtalmologiste ou vers un optométriste.  
– Valeurs avec correction requises seulement si le port de lunettes ou de lentilles est nécessaire pour conduire.

Champ visuel par confrontation :  Normal  Anormal **Diplopie :**  Oui  Non

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

**TROUBLES AUDITIFS**

**2** Perte de l'ouïe

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Perte de l'ouïe :  Oreille droite  Oreille gauche

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

**TROUBLES NEUROLOGIQUES**

**3** Parkinson, SEP, épilepsie, syncope, AVC/ICT, anévrisme cérébral, malformation artérioveineuse, trauma crânien, tumeur cérébrale, troubles cognitifs, etc.

Diagnostic : \_\_\_\_\_ *Si limitations fonctionnelles associées au diagnostic, remplir la section 8.*

Épilepsie :  Oui  Non ▶ Si oui, date de la première crise : A A A A | M M | J J J J Date de la plus récente crise : A A A A | M M | J J J J

Crises convulsives non épileptiques :  Oui  Non ▶ Si oui, étiologie : \_\_\_\_\_ Date de la plus récente crise : A A A A | M M | J J J J

Description de la manifestation des crises : \_\_\_\_\_

Vertiges :  Oui  Non Si oui, durée des crises : \_\_\_\_\_ **Incapacitantes ?**  Oui  Non

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

Veillez retranscrire ci-dessous le nom de la personne visée par l'examen médical de même que sa date de naissance et son no. de permis de conduire (si connu).

Nom

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Date de naissance

N° de permis de conduire

A A A A | M M J J

\_\_\_\_\_

### TROUBLES CARDIAQUES ET VASCULAIRES

#### 4 Angine instable, anévrisme > 5,5 cm, intolérance à l'effort, etc.

Diagnostic :

Classe fonctionnelle selon NYHA

- I Aucune limitation des activités : aucun symptôme au cours des activités quotidiennes.  
 II Limitations minimales des activités : confortable au repos ou au cours d'activités physiques légères.  
 III Limitations sévères des activités : confortable seulement au repos.  
 IV Doit être au repos total, confiné au lit ou dans une chaise : toute activité physique amène de l'inconfort et des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Angine :  Oui  Non ▶ Si oui, instable?  Oui  Non

Trouble du rythme :  Oui  Non Défibrillateur :  Oui  Non ▶ Si oui, A A A A | M M J J date d'implantation A A A A | M M J J date du dernier choc A A A A | M M J J date dernière vérification appareil

Syncopes ▶ Date : A A A A | M M J J ▶ Cause : \_\_\_\_\_  
Traitement : \_\_\_\_\_ ▶ Traitées avec succès?  Oui  Non

Hypertension artérielle :  Oui  Non ▶ Si oui, indiquez T.A. usuelle : \_\_\_\_\_ Date de l'échographie : A A A A | M M J J

Anévrisme de l'aorte (non opérée) :  Abdominale  Thoracique ▶ Diamètre : \_\_\_\_\_ cm

Si conducteur professionnel :

Insuffisance cardiaque :  Oui  Non ▶ Si oui, fraction d'éjection : \_\_\_\_\_ %

Si conducteur professionnel porteur d'une maladie coronarienne :

Epreuve d'effort : Date : A A A A | M M J J METs atteints : \_\_\_\_\_ et en \_\_\_\_\_ minutes

Cliniquement  positive  négative ▶ Si positive, à combien de METs? \_\_\_\_\_ Électriquement  positive  négative ▶ Si positive, à combien de METs? \_\_\_\_\_

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

### TROUBLES RESPIRATOIRES

#### 5 Asthme sévère, oxygénothérapie, apnée du sommeil, etc.

Diagnostic :

Classe fonctionnelle

- I présence ou absence de dyspnée. Si la dyspnée est présente, elle est attribuable à des causes non respiratoires;  
 II présence de dyspnée à la marche rapide sur un terrain plat ou en montant une pente;  
 III présence de dyspnée à la marche sur un terrain plat en comparaison avec une personne du même âge ou en montant un escalier;  
 IV présence de dyspnée après une marche de 100 mètres à son propre rythme sur un terrain plat;  
 V présence de dyspnée en s'habillant, en se déshabillant ou en parlant.

Oxygénothérapie :  Oui  Non ▶ Si oui,  Nocturne  Diurne Apnée du sommeil :  Oui  Non ▶ Si oui, traitement efficace?  Oui  Non

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

### DIABÈTE ET TROUBLES MÉTABOLIQUES

#### 6 Diabète mal contrôlé, hypoglycémie, maladie de Graves, maladie d'Addison, troubles thyroïdiens

Diagnostic :

Si la personne est porteuse du diabète, a-t-elle une bonne compréhension et un bon contrôle de sa maladie?  Oui  Non

Type de diabète :  I  II Traitement :  Insuline  Hypoglycémiant  Diète

Épisodes symptomatiques d'hypoglycémie nécessitant l'intervention d'un tiers au cours des six derniers mois.  Oui  Non

Si oui, combien? \_\_\_\_\_ Date du dernier épisode : A A A A | M M J J

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

Veillez retranscrire ci-dessous le nom de la personne visée par l'examen médical de même que sa date de naissance et son no. de permis de conduire (si connu).

Nom

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Date de naissance

N° de permis de conduire

A A A A M M J J

\_\_\_\_\_

### TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ABUS DE SUBSTANCES

7 Agressivité, trouble de comportement, trouble de personnalité, psychose, dépression, angoisse, abus ou dépendance (alcool, drogues, médicaments) consommation inappropriée (alcool, alcool + cannabis, médicaments, drogues) etc.

Diagnostics selon DSM-IV : \_\_\_\_\_

Échelle globale de fonctionnement (EGF) selon DSM-IV : \_\_\_\_\_

Date de la dernière crise psychotique : A A A A M M J J

Nombre d'épisodes depuis 1 an : \_\_\_\_\_

Nombre d'épisodes depuis 3 ans : \_\_\_\_\_

Selon DSM-IV : Abus d'une substance :

Oui  Non

▶ Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Dépendance à une substance :

Oui  Non

▶ Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Date de début d'abstinence : A A A A M M J J

Habitudes de consommation (quantité, fréquence, durée) : \_\_\_\_\_

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

### LIMITATIONS FONCTIONNELLES

8 Limitations physiques, amputation, difformité congénitale, etc.

Diagnostic : \_\_\_\_\_

La personne est-elle limitée dans ses mouvements ?  Oui  Non ▶ Si oui, décrivez ses limitations.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne porte-t-elle une prothèse ou une orthèse ?  Oui  Non ▶ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Au cours des 12 derniers mois avez-vous constaté une modification :

- du fonctionnement physique ?  Oui  Non ▶ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

- du fonctionnement cognitif ?  Oui  Non ▶ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Cocher s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section

### MÉDICATION COURANTE

9 Effets secondaires des médicaments, interaction des médicaments, polypharmacie, etc.

Énumérer les médicaments pris régulièrement et préciser la posologie. Au besoin, joindre une liste au lieu de remplir cette section.

NOM DU R	DOSE	FRÉQUENCE	NOM DU R	DOSE	FRÉQUENCE
		Die-Bid-Tid-Qid-prn			Die-Bid-Tid-Qid-prn
		Die-Bid-Tid-Qid-prn			Die-Bid-Tid-Qid-prn
		Die-Bid-Tid-Qid-prn			Die-Bid-Tid-Qid-prn

À la prise de ses médicaments, la personne ressent-elle des effets secondaires ayant un impact sur la conduite sécuritaire d'un véhicule routier ?

Oui  Non ▶ Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cocher si aucun médicament n'est pris régulièrement

Veuillez retranscrire ci-dessous le nom de la personne visée par l'examen médical de même que sa date de naissance et son no. de permis de conduire (si connu).

Nom

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Date de naissance

N° de permis de conduire

A A A A M M J J

\_\_\_\_\_

### AUTRES DIAGNOSTICS

**10** EGF diminuée, difficultés AVD/AVQ, détérioration de l'état général, obésité morbide, dialyse/insuffisance rénale, etc.

Diagnostic : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS

**11** Croyez-vous pertinent que la Société exige que cette personne subisse des évaluations complémentaires?  Oui  Non

- Si oui, lesquelles? – Évaluation sur route par la Société :  Oui  Non ► Si oui, précisez à la section 12.  
– Évaluation fonctionnelle par un ergothérapeute :  Oui  Non ► Si oui, précisez à la section 12.  
– Consultations spécialisées :  Oui  Non ► Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Cette personne devrait-elle cesser de conduire en attendant ces évaluations?  Oui  Non ► Si oui, précisez à la section 12.

### COMMENTAIRES ADDITIONNELS

**12** Décrire toute situation qui laisse présager un risque pour la conduite automobile.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU MÉDECIN

- 13**  Je suis le médecin traitant de cette personne depuis \_\_\_\_\_ ans. Nombre de visites par année : \_\_\_\_\_  
 Je ne suis pas le médecin traitant de cette personne. Son médecin traitant est : \_\_\_\_\_  
 Cette personne n'a pas de médecin traitant \_\_\_\_\_.

Nom et adresse du médecin (en caractères d'imprimerie)	Signature		N° du permis d'exercice
	Date de l'examen	Date du rapport	N° de téléphone
	A A A A M M J J A A A A M M J J		N° de télécopieur
	Courriel		

*Vous pouvez joindre à ce formulaire tout document que vous jugez pertinent.*

### PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Le personnel autorisé de la Société traite confidentiellement les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile et le Code de la sécurité routière. La Société les communique à ses mandataires, de même qu'à certains ministères et organismes, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils peuvent aussi servir à des fins de statistiques, d'études, de sondages, d'enquêtes ou de vérifications. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez les consulter ou les rectifier. Pour plus d'information, adressez-vous aux services à la clientèle ou consultez la Politique de confidentialité de la Société au [www.saaq.gouv.qc.ca](http://www.saaq.gouv.qc.ca).