Société de l'assurance automobile
Québec

5 Rapport d'examen visuel par un ophtalmologiste ou un optométriste – Permis de conduire

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

Retournez le formulaire à :
Société de l'assurance automobile du Québec,
Service de l'évaluation médicale
C.P. 19500, Québec (Québec) G1K 8J5

Nom

Prénom

Adresse (Numéro, rue, appartement.) Municipalité Code postal

Date de naissance Numéro de permis de conduire Téléphone (résidence) Ind. rég. Téléphone (travail) Ind. rég.

Note : La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes, lorsque le contexte s'y prête.

À LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN

- **Lire et signer le texte d'autorisation ci-dessous.**
- **Prendre connaissance du texte sur la communication des renseignements personnels au bas de la page 2.**

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 professionnel de la santé 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 : _____ Date : _____

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 PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (Lire les renseignements généraux et porter une attention particulière au message ci-dessous)

L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'affecter la capacité à conduire. Commenter toute réponse positive dans la section 6 « Commentaires ».

1 ACUITÉ VISUELLE (Selon l'échelle Snellen) excluant la correction avec lentilles télescopiques

Note : l'acuité visuelle les deux yeux ouverts est essentielle

Sans correction ou avec lentilles intra-oculaires	Avec correction actuelle par lunettes ou lentilles cornéennes	Puissance dioptrique de la correction portée pour conduire
OU 6/	OU 6/	
OD 6/	OD 6/	OD
OG 6/	OG 6/	OG

Si correction : ☐ Lunettes ☐ Lentilles cornéennes ☐ Lentilles intra-oculaires

	Oui	Non
Recommandez-vous à votre patient de porter la correction pour conduire?	☐	☐
Recommandez-vous à votre patient d'éviter la conduite de soir et de nuit?	☐	☐

2 CHAMP VISUEL

Note : l'évaluation du champ visuel doit être faite avec la correction portée pour conduire

- Existe-t-il une anomalie dans le champ visuel binoculaire? ☐ Oui ☐ Non
- **Dans les cas d'anomalie du champ visuel ou de réfraction dépassant 10 dioptries, la copie du graphique du champ visuel binoculaire signé par le spécialiste, fait selon la technique de GOLDMANN III/3 avec recherche des scotomes ou selon la technique d' Esterman (Humphrey) est exigée.**

3 MOTILITÉ OCULAIRE

- Existe-t-il une anomalie de la motilité oculaire (strabisme, paralysie)? ☐ Oui ☐ Non

  Si oui, la décrire ci-après : _____

- Y a-t-il diplopie en position primaire? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, comment est-elle corrigée?** ☐ Prisme ☐ Occlusion

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

Numéro de permis de conduire

PERCEPTION DES COULEURS

4 Existe-t-il une anomalie de perception de la couleur rouge, verte ou jaune ? Oui ☐ Non ☐

DIAGNOSTIC

5 *Détails pertinents (veuillez cocher)*

☐ Cataracte ☐ Dégénérescence maculaire ☐ Glaucome ☐ Rétinopathie diabétique de base ☐ Rétinopathie diabétique proliférante ☐ Strabisme

☐ Pan-photocoagulation rétinienne ▶ Date : ☐ Chirurgie réfractive au laser ▶ Date :

☐ Autres diagnostics, spécifier :

COMMENTAIRES

6 *Date et nature de la chirurgie, traitement, etc.*

Date :

La cause principale du déficit visuel est : ☐ congénitale ☐ acquise

La condition visuelle est-elle : ☐ stable ☐ évolutive Préciser :

RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DE L'EXAMINATEUR

Nom et adresse (en caractères d'imprimerie)	Signature		Numéro du permis d'exercice
	Date de l'examen	Date du rapport	(Ind. rég.) Téléphone - Bureau
	☐ Ophtalmologiste	☐ Optométriste	Télécopieur

La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle 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 communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces renseignements peuvent aussi servir à des fins de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter ces renseignements ou les corriger.

Pour plus d'information, adressez-vous aux centres de relations avec la clientèle ou consultez la Politique de confidentialité de la Société au www.saaq.gouv.qc.ca.