



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

A, le				
1. Mon état civil				
Nom :	Commune de naissance¹ :			
Prénom : Date de naissance : / /	Profession :			
2. Mon permis de conduire				
Date de délivrance : /				
Catégorie(s) demandée(s) : AM				
C1E				
Restrictions d'usage ou aménagements :				
3. Motif de ma visite				
Renouvellement périodique				
Visite de contrôle				
Demande de permis de conduire 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 ?de substances ou de plantes	classées comme stupéfiants ?			
Mon permis a-t-il déjà été :	suspendu ?invalidé (solde de points nul) ?annulé (par le juge) ?	Oui □ Non □ Oui □ Non □ Oui □ Non □		

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 été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq d années ? Si oui, pour quel motif ?	Oui □ Non □	
Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers n	nois ? 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 ? Si oui, pour quel motif ?		
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Si oui, lesquels ?	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 ? / 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 État gánával		
4.3. Mon État 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)?		

4.3. Mon État général (suite)		
Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ? Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte autres) ?	Oui □ Non □ e, DMLA, 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 (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 coul	rs 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 E		
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui □ Non □	
Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ? Oui □ Nor Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, trouble de mémoire ou autres) ? Oui □ Non		
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Oui □ Non □	
Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ?	Oui □ Non □	
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression sommeil ?	, les nerfs ou le Oui □ Non □	
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ? Si oui, date de la dernière crise :	Oui 🗆 Non 🗆	
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□		

4.3. Mon Etat général (suite et fin)	
Autres problèmes médicaux ? Si oui, merci de préciser :	Oui □ Non □
J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et c donnés sont exacts.	ertifie sur l'honneur que les renseignements
Fait à,	le /
Signature	