

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.

Retournez l'original du formulaire au :
Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J5

Nom _____

Prénom _____

Adresse (Numéro, rue, appartement.) _____ Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

Date de naissance (A A A A M M J J) _____ Numéro de permis de conduire _____ Téléphone (résidence) _____ Téléphone (travail) _____ Poste _____

À LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN

Lisez et signez le texte d'autorisation ci-dessous et prenez connaissance du texte sur la communication de renseignements personnels au bas de la page 4.

J'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 : _____ Téléphone : _____

Date : (A A A A M M J J) _____ Toute 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'influer sur 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.**

1 Troubles visuels

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

Glaucome, cataracte, champ visuel anormal, etc.

Diagnostic : _____

Acuité visuelle selon l'échelle de Snellen : Sans correction ▶ OU : 6/____ OD : 6/____ OG : 6/____
Avec correction ▶ OU : 6/____ OD : 6/____ OG : 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

2 Troubles auditifs

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

Ménière, surdité professionnelle, etc.

Diagnostic : _____ Perte de l'ouïe : Droite Gauche Condition évolutive : Oui Non

La personne est-elle capable de comprendre une phrase énoncée d'une voix chuchotée avec force à une distance de 1,5 mètre?

Avec appareil auditif : Oui Non Sans appareil auditif : Oui Non

3 Troubles neurologiques

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

Parkinson, SEP, épilepsie, syncope, AVC/ICT, anévrisme cérébral, trauma crânien, tumeur cérébrale, démence, etc.

Si limitations fonctionnelles associées au diagnostic, veuillez remplir la section 8.

Diagnostic : _____ Date du diagnostic : (A A A A M M J J) _____

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

Description de la manifestation des crises : _____

Vertiges : Oui Non ▶ Si oui, durée des crises : _____ Incapacitantes? Oui Non

Veillez retranscrire ci-dessous 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).

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

A A A A M M J J

4 Troubles cardiaques et vasculaires

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

Angine, 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.

Trouble du rythme : Oui Non ▶ Si oui, date diagnostic : _____

Défibrillateur : Oui Non ▶ Si oui, date d'implantation date du dernier choc date dernière vérification appareil

Stimulateur cardiaque (pacemaker) : Oui Non

Syncopes ▶ Nombre d'épisodes depuis 12 mois : _____ Date du dernier épisode :
 ▶ Cause : _____ Traitées avec succès? Oui Non ▶ Précisez le traitement : _____

Anévrisme de l'aorte : Abdominale Diamètre : _____ cm Thoracique Diamètre : _____ cm **Indication chirurgicale** Oui Non Oui Non Date du dernier examen

➔ **Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B, 4C) :** Insuffisance cardiaque : Oui Non ▶ Si oui, fraction d'éjection : _____ %

5 Troubles respiratoires

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

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 Nombre d'heures d'utilisation par jour : _____

Apnée du sommeil : Oui Non ▶ Si oui, traitement efficace? Oui Non ▶ Si non et conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B, 4C) : ⚡
 Index d'apnée-hypopnée : _____

Hypersomnolence diurne importante : Oui Non ▶ Si oui, indiquez le score d'Epworth : _____

6 Diabète et troubles métaboliques

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

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

Traitement : Insuline Hypoglycémiant Diète

Épisodes symptomatiques d'hypoglycémie nécessitant l'intervention d'un tiers au cours des 6 derniers mois : Oui Non

Si oui, combien? _____ Date du dernier épisode :

