

**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 <sup>1</sup> : .....
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

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 ?	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 : .... / .... / .....

<sup>1</sup>

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 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 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...) ? Oui  Non

### 4.3. Mon État général (suite)

Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ? Oui  Non   
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ? 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 cours 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  Non

Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ? Oui  Non

Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ? Oui  Non   
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles 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, les nerfs ou le sommeil ? Oui  Non

Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ? Oui  Non   
Si oui, date de la dernière crise : .....

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 État général (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