

DÉCLARATION PRÉALABLE À LA VISITE MÉDICALE «PERMIS DE CONDUIRE»

Disposition de l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié par l'arrêté du 31 août 2010 fixant
la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien
du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance
de permis de conduire de durée de validité limitée

**Ce document est à remettre en mains propres, au(x) médecin(s) agréé(s) après l'avoir
complété et signé. Il est couvert par le secret professionnel.**

Nom : _____

Prénoms : _____

Nom d'épouse : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	OUI	NON
1 - Classe 1 : Cardiologie		
- Êtes-vous atteint(e) d'une maladie cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous été opéré(e) du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous soigné(e) pour une tension artérielle trop élevée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prenez-vous des anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 2 - Classe 2 : Vue		
- Avez-vous un problème de vue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Portez-vous des lentilles ou des verres de correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous atteint(e) de la perte de la vision d'un œil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 3 - Classe 3 : ORL		
- Avez-vous des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI NON

4 - Classe 4 : Neurologie

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Êtes-vous atteint(e) d'une maladie du cerveau consécutive à un accident ou d'une maladie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Êtes-vous atteint(e) d'épilepsie ou avez-vous eu par le passé des crises d'épilepsie ou de pertes de connaissances ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Souffrez-vous d'une maladie du sommeil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Consommez-vous des produits stupéfiants ou illicites ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Êtes-vous soigné(e) ou l'avez-vous été pour consommation excessive d'alcool ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Prenez-vous des traitements (Subutex, Méthadone...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 - Classe 5 : Appareil locomoteur

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Êtes-vous atteint(e) d'une infirmité d'un ou plusieurs membres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

6 - Classe 6 : Divers

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Êtes-vous soigné(e) pour un diabète ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Êtes-vous atteint(e) d'une maladie du foie ou des reins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu une transplantation d'organe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous subi une opération chirurgicale (hormis hernie ou appendicite ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Prenez-vous des médicaments régulièrement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Si oui, lesquels : _____

Je soussigné(e), _____, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à faire de même lors de l'examen médical. Je n'ai pas à ma connaissance d'autres maladies que celle(s) que j'ai indiquée(e).

Fait à _____, le _____

Signature