

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de permis de conduire : _____

Renseignements sur le ou la titulaire du permis de conduire

Nom		
<input type="text"/>		
Prénom		Date de naissance (Année-Mois-Jour)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adresse		
Numéro	Rue	Appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville, village ou municipalité	Code postal	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tous les frais associés au remplissage de ce formulaire **doivent être payés par la personne visée par l'examen** et ne sont pas remboursables par la Société.

Déposez le formulaire dans votre dossier SAAQclic : saaqclic.saaq.gouv.qc.ca

Ou

Retournez-le par la poste à :

Direction de l'accompagnement
et de l'expertise santé
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J5

À la personne visée par l'examen

Lisez et signez le texte d'autorisation ci-dessous et prenez connaissance du texte relatif à la communication de renseignements personnels au bas de la page 3.

J'autorise par la présente la Société de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements médicaux me concernant avec le professionnel ou la professionnelle de la santé qui aura signé ce formulaire. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

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*.

Signature de la personne visée par l'examen

Date (Année-Mois-Jour)

Au professionnel ou à la professionnelle de la santé

L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'influer sur la capacité à conduire.

Commentez toute condition médicale pouvant constituer un risque pour la conduite d'un véhicule routier dans la section 5.

1 Renseignements généraux

Date du diagnostic du diabète (Année-Mois-Jour) : _____ Diabète : ▶ Type I : _____ ▶ Type II : _____

Cette personne a-t-elle reçu un enseignement adéquat sur le diabète ? ☐ Oui ☐ NonExpliquez : _____

_____Y a-t-il eu hospitalisation liée au diabète au cours des 2 dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre : _____ ▶ Dates (Année-Mois-Jour) : _____ ▶ _____ ▶ _____ ▶ _____

Expliquez : _____

_____**Dosages de l'hémoglobine glycosylée (HbA1c) – (Valeur normale du laboratoire) :** _____

Veuillez préciser les dates et les résultats des tests d'hémoglobine glycosylée faits depuis 12 mois. Un test doit avoir été fait tous les 6 mois depuis un an.

▶ Date (Année-Mois-Jour) : _____ Résultat : _____ ▶ Date (Année-Mois-Jour) : _____ Résultat : _____

▶ Date (Année-Mois-Jour) : _____ Résultat : _____ ▶ Date (Année-Mois-Jour) : _____ Résultat : _____



1 Renseignements généraux (suite)

Nombre moyen de glycémies capillaires par jour : _____

Cette personne sait-elle qu'elle doit cesser de conduire dès que sa glycémie est inférieure à 4 mmol/L ? ☐ Oui ☐ Non

2 Médication

Médications hypoglycémiantes : _____

► Posologie : _____

► Si insuline, horaire des injections et types d'insulines : _____

3 Hypoglycémie

Sait-elle reconnaître une hypoglycémie lorsqu'elle se présente ? ☐ Oui ☐ Non

Peut-elle traiter rapidement une hypoglycémie ? ☐ Oui ☐ Non

Au cours des derniers 6 mois, y a-t-il eu des hypoglycémies :

► Ayant nécessité une hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

► Ayant nécessité une visite à l'urgence ? ☐ Oui ☐ Non

► Ayant causé une perte de conscience ? ☐ Oui ☐ Non

► Ayant nécessité l'aide d'une autre personne ? ☐ Oui ☐ Non

► Survenues sans avertissement ? (symptômes annonciateurs absents ou non perçus) ☐ Oui ☐ Non

► Ayant diminué les moyens de vigilance ou d'action au volant ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu Oui à l'une des questions précédentes, veuillez décrire les hypoglycémies et indiquer les dates et les causes ainsi que tous les autres caractères et circonstances :

Nombre moyen d'épisodes d'hypoglycémie mineure (reconnue et traitée par la personne elle-même) par mois : _____



4 Atteintes liées au diabète

Y a-t-il des antécédents, des symptômes ou des signes d'atteinte ?

- ▶ Cardiovasculaires : ☐ Oui ☐ Non ▶ Ophtalmologiques : ☐ Oui ☐ Non
 ▶ Neurologiques : ☐ Oui ☐ Non ▶ Rénales : ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu Oui à l'une des questions, précisez le diagnostic et les symptômes actuels : _____

Atteinte des fonctions sensibles des membres inférieurs :

	Droit	Aucune	Légère	Importante	Gauche	Aucune	Légère	Importante
▶ Toucher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ Toucher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Douleur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ Douleur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ Vibration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ Vibration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Recommandations et commentaires

Selon vous, cette personne se conforme-t-elle aux recommandations médicales ? ☐ Oui ☐ Non ▶ Si non, veuillez préciser :

Commentaires : _____

Au besoin, utilisez une feuille supplémentaire.

Renseignements sur le professionnel ou la professionnelle de la santé

La personne se confie à mes soins depuis (Année-Mois-Jour) : _____					▶ Nombre de visites par année : _____	
Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)					Profession	
Numéro du permis d'exercice						
Adresse	Numéro	Rue	Appartement	Ville, village ou municipalité		Code postal
Téléphone (travail)	Poste	Télécopieur	Date de l'examen (Année-Mois-Jour)	Date du rapport (Année-Mois-Jour)	Signature	

Vous pouvez joindre à ce formulaire tout document que vous jugez pertinent.

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production 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 les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.