



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Numéro de permis de conduire :

### Renseignements sur le ou la titulaire du permis de conduire

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

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](http://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  Non

**Expliquez :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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

Médicaments 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 ► Rénale :  Oui  Non

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Atteinte des fonctions sensitives des membres inférieurs :**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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)	<b>Signature</b>

**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 [saq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.