



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                         |  |     |                                     |             |           |
| Adresse                        |  | Rue |                                     | Appartement |           |
| Numéro                         |  |     |                                     |             |           |
| 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 SAAQcllic :** [saaqcllic.saaq.gouv.qc.ca](http://saaqcllic.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 2.

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.

Vous pouvez vous référer au Guide explicatif du *Règlement relatif à la santé des conducteurs* accessible dans l'Extranet Santé : [saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs](http://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante/sante-conducteurs).

**1 Acuité visuelle (selon l'échelle de Snellen) excluant l'utilisation de lunettes télescopiques**

(Articles 3 à 5)

| Sans correction  | 6/9 ou mieux             | 6/12                     | 6/15                     | Inférieure à 6/15 (inscrivez la mesure) | Avec correction | 6/9 ou mieux             | 6/12                     | 6/15                     | Inférieure à 6/15 (inscrivez la mesure) |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Œil droit (OD)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____          | OD              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____          |
| Œil gauche (OG)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____          | OG              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____          |
| Binoculaire (OU) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____          | OU              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____          |

**2 Monocularité**

(Article 11)

Y a-t-il une monocularité telle que définie dans le Guide explicatif du *Règlement relatif à la santé des conducteurs*?

Oui  Non ▶ Si oui, indiquez depuis combien de temps :  Moins de 3 mois  De 3 mois à 12 mois  Plus de 12 mois

**3 Champ visuel**

(Articles 6 à 7)

Selon le *Règlement relatif à la santé des conducteurs*, existe-t-il une anomalie dans le champ visuel binoculaire ?

Oui  Non ▶ Si oui, nous exigeons la copie, signée par le ou la spécialiste, du graphique du champ visuel binoculaire évalué sur 160 degrés fait selon la technique de Goldmann III/4° avec recherche de scotome ou selon la technique d'Esterman ou toute autre technique reconnue comme équivalente.

▶ Si présence d'hémianopsie, précisez le côté du champ visuel affecté :  Droit  Gauche

▶ Si présence de quadranopsie, précisez le côté du champ visuel affecté :  Droit  Gauche

**Note :** L'évaluation du champ visuel doit être faite avec la correction portée pour conduire. Les deux yeux doivent être ouverts et examinés ensemble.



**4 Perception des couleurs** (Article 8)

Existe-t-il un déficit sévère de perception de la couleur rouge, verte ou jaune pouvant influencer sur la reconnaissance des feux de circulation ?

Oui  Non ▶ **Si oui**, quelle est la cause ?  Congénitale  Autre, veuillez la préciser : \_\_\_\_\_  
 ▶ Depuis quand (Année-Mois-Jour) : \_\_\_\_\_

**5 Diplopie dans les 40 degrés centraux** (Articles 9 à 11)

Y a-t-il diplopie dans les 40 degrés centraux ?

Oui  Non ▶ **Si oui**, est-elle présente en vision de loin ?  Oui  Non  
 ▶ Quelle est la correction ?  Occlusion  Prisme  Aucune  
 ▶ **S'il y a occlusion**, indiquez le début de l'usage :  Moins de 3 mois  3 mois ou plus

Commentaires : \_\_\_\_\_

**6 Conditions oculaires** (Article 12)

|  | OD                       | OG                       |   | OD                       | OG                       |                                      | OD                       | OG                       |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aucune   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dégénérescence maculaire humide           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucome                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cataracte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dégénérescence maculaire sèche            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rétinite pigmentaire                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie à venir (cataracte)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dystrophie ou dégénérescence de la cornée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rétinopathie diabétique de base      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pseudophakie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maculopathie                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rétinopathie diabétique proliférante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Décollement de la rétine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trou maculaire ou membrane épirétinienne  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose veine centrale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre condition oculaire, veuillez préciser : _____ |                          |                          |   |                          |                          |                                      |                          |                          |

**7 Recommandations**

**Recommandez-vous à votre patient ou patiente d'éviter de conduire entre le coucher et le lever du soleil ?**  Oui  Non  
**Est-ce que la condition oculaire de votre patient ou patiente représente un risque pour la conduite ?**  Oui  Non

**Renseignements sur le professionnel ou la professionnelle de la santé**

|                                       |                                      |   |                     |                                  |             |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------|----------------------------------|-------------|
| Nom (en caractères d'imprimerie)      |                                      | Profession<br><input type="checkbox"/> Ophthalmologiste <input type="checkbox"/> Optométriste |                     | Timbre d'adresse (s'il y a lieu) |             |
| Prénom (en caractères d'imprimerie)   |                                      | Numéro du permis d'exercice   |                     |                                  |             |
| <b>Adresse</b>                        | Numéro                               | Rue   |                     | Appartement                      |             |
| Ville, village ou municipalité        |                                      | Code postal   | Téléphone (travail) | Poste                            | Télécopieur |
| Date de l'examen<br>(Année-Mois-Jour) | Date du rapport<br>(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 [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.