

Tous les frais pouvant être demandés pour remplir ce formulaire **doivent être payés par la personne visée par l'examen** et ne sont pas remboursables par la Société.

**Retournez l'original du formulaire au :**  
Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement  
Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 19500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8J5

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (Numéro, rue, appartement.) \_\_\_\_\_ Ville, village ou municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Numéro de permis de conduire \_\_\_\_\_ Téléphone (résidence) \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

### À LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN

Lisez et signez le texte d'autorisation ci-dessous et prenez connaissance du texte sur la communication de renseignements personnels au bas de la page 4.

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

Signature de la personne visée par l'examen : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ 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.

### Au médecin

L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'influer sur la capacité à conduire. Une liste de troubles pertinents est présentée au début de plusieurs sections. Il s'agit d'un aide-mémoire et **tout trouble qui n'y est pas énuméré doit quand même être signalé à la section 10.**

### 1 Troubles visuels

Cochez s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section.

*Glaucome, cataracte, champ visuel anormal, etc.*

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Acuité visuelle selon l'échelle de Snellen : Sans correction ▶ OU : 6/\_\_\_\_ OD : 6/\_\_\_\_ OG : 6/\_\_\_\_  
Avec correction ▶ OU : 6/\_\_\_\_ OD : 6/\_\_\_\_ OG : 6/\_\_\_\_

– Peut être omise si le patient a été dirigé vers un ophtalmologiste ou vers un optométriste.  
– Valeurs avec correction requises seulement si le port de lunettes ou de lentilles est nécessaire pour conduire.

Champ visuel par confrontation :  Normal  Anormal Diplopie :  Oui  Non

### 2 Troubles auditifs

Cochez s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section.

*Ménière, surdité professionnelle, etc.*

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Perte de l'ouïe :  Droite  Gauche Condition évolutive :  Oui  Non

La personne est-elle capable de comprendre une phrase énoncée d'une voix chuchotée avec force à une distance de 1,5 mètre?

Avec appareil auditif :  Oui  Non Sans appareil auditif :  Oui  Non

### 3 Troubles neurologiques

Cochez s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section.

*Parkinson, SEP, épilepsie, syncope, AVC/ICT, anévrisme cérébral, trauma crânien, tumeur cérébrale, démence, etc.*

Si limitations fonctionnelles associées au diagnostic, veuillez remplir la section 8.

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Épilepsie :  Oui  Non ▶ Si oui, date de la première crise : \_\_\_\_\_ Date de la plus récente crise : \_\_\_\_\_

Crises convulsives non épileptiques :  Oui  Non ▶ Si oui, étiologie : \_\_\_\_\_ Date de la plus récente crise : \_\_\_\_\_

Description de la manifestation des crises : \_\_\_\_\_

Vertiges :  Oui  Non ▶ Si oui, durée des crises : \_\_\_\_\_ Incapacitantes?  Oui  Non

Veillez retranscrire ci-dessous le nom de la personne visée par l'examen médical de même que sa date de naissance et son numéro de permis de conduire (si connu).

Nom

\_\_\_\_\_

Prénom

\_\_\_\_\_

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

A A A A M M J J

\_\_\_\_\_

#### 4 Troubles cardiaques et vasculaires

Cochez s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section.

Angine, intolérance à l'effort, etc.

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Classe fonctionnelle selon NYHA

- I Aucune limitation des activités : aucun symptôme au cours des activités quotidiennes.  
 II Limitations minimales des activités : confortable au repos ou au cours d'activités physiques légères.  
 III Limitations sévères des activités : confortable seulement au repos.  
 IV Doit être au repos total, confiné au lit ou dans une chaise : toute activité physique amène de l'inconfort et des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Trouble du rythme :  Oui  Non ▶ Si oui,  date diagnostic : \_\_\_\_\_

Défibrillateur :  Oui  Non ▶ Si oui,  date d'implantation  date du dernier choc  date dernière vérification appareil

Stimulateur cardiaque (pacemaker) :  Oui  Non

Syncopes ▶ Nombre d'épisodes depuis 12 mois : \_\_\_\_\_ Date du dernier épisode :   
▶ Cause : \_\_\_\_\_ Traitées avec succès?  Oui  Non ▶ Précisez le traitement : \_\_\_\_\_

Anévrisme de l'aorte :  Abdominale Diamètre : \_\_\_\_\_ cm  Thoracique Diamètre : \_\_\_\_\_ cm Indication chirurgicale  Oui  Non Date du dernier examen

Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B, 4C) : Insuffisance cardiaque :  Oui  Non ▶ Si oui, fraction d'éjection : \_\_\_\_\_ %

#### 5 Troubles respiratoires

Cochez s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section.

Asthme sévère, oxygénothérapie, apnée du sommeil, etc.

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Classe fonctionnelle

- I Présence ou absence de dyspnée. Si la dyspnée est présente, elle est attribuable à des causes non respiratoires.  
 II Présence de dyspnée à la marche rapide sur un terrain plat ou en montant une pente.  
 III Présence de dyspnée à la marche sur un terrain plat en comparaison avec une personne du même âge ou en montant un escalier.  
 IV Présence de dyspnée après une marche de 100 mètres à son propre rythme sur un terrain plat.  
 V Présence de dyspnée en s'habillant, en se déshabillant ou en parlant.

Oxygénothérapie :  Oui  Non ▶ Si oui ▶  Nocturne  Diurne Nombre d'heures d'utilisation par jour : \_\_\_\_\_

Apnée du sommeil :  Oui  Non ▶ Si oui, traitement efficace?  Oui  Non ▶ Si non et conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B, 4C) : ⚡ Index d'apnée-hypopnée : \_\_\_\_\_

Hypersomnolence diurne importante :  Oui  Non ▶ Si oui, indiquez le score d'Epworth : \_\_\_\_\_

#### 6 Diabète et troubles métaboliques

Cochez s'il n'y a pas de problème de santé à déclarer dans cette section.

Diabète mal contrôlé, hypoglycémie, maladie de Graves, maladie d'Addison, troubles thyroïdiens

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Si la personne est porteuse du diabète, a-t-elle une bonne compréhension et un bon contrôle de sa maladie?  Oui  Non

Traitement :  Insuline  Hypoglycémiant  Diète

Épisodes symptomatiques d'hypoglycémie nécessitant l'intervention d'un tiers au cours des 6 derniers mois :  Oui  Non

Si oui, combien? \_\_\_\_\_ Date du dernier épisode :



