



**Questionnaire à remplir par l'usager avant le contrôle médical
destiné exclusivement au médecin agréé ou à la commission médicale**

A, le

1. Mon état civil

.....

2. Mon permis de conduire

Date de délivrance : / /

Catégorie(s) demandée(s) : AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐ B1 ☐ BE ☐ C1 ☐
C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE ☐

Restrictions d'usage ou aménagements :

3. Motif de ma visite

Renouvellement périodique ☐

Visite de contrôle ☐

Demande de permis de conduire après invalidation ou annulation ☐
--

Levée de suspension à la suite d'une infraction au code de la route	☐
---	--------------------------

Cette infraction s'est-elle accompagnée de la consommation

❖ d'alcool ?	☐
❖ de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ?	☐

□

Oui ☐ Non ☐

Date de ma précédente visite médicale : / /

1/4

4. Mon état de santé

4.1. Suivi

Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ? Oui ☐ Non ☐

Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pour quel motif ?

Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ? Oui ☐ Non ☐

Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ? Oui ☐ Non ☐

Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pour quel motif ?

Dois-je prendre des médicaments chaque jour ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

4.2. Consommation d'alcool ou de drogues

A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ?..... / verres

Combien de verres « standard » (dose débit de boisson) m'arrive-t-il de boire au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool ? / verres

Combien de fois dans l'année m'arrive-t-il de consommer plus de 5 doses standard en une seule occasion ? / an

Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ou autres...) ? Oui ☐ Non ☐

Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ? Oui ☐ Non ☐

4.3. Mon État général

Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant (accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté pour apprécier les vitesses ou les distances, je me trompe souvent de route, exécution de certaines manœuvres difficiles...) ? Oui ☐ Non ☐

4.3. Mon État général (suite)	
Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel, ou de tension ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je parfois des vertiges ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je des trous de mémoires, des difficultés à me concentrer ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ?	Oui ☐ Non ☐
M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant, ou dans d'autres circonstances non appropriées ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	Oui ☐ Non ☐
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, date de la dernière crise :	
Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?	Oui ☐ Non ☐
Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?	Oui ☐ Non ☐

4.3. Mon État général (suite et fin)

Autres problèmes médicaux ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de préciser :.....

J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à, le / /

Signature