

VISITE MÉDICALE DU PERMIS DE CONDUIRE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL A REMETTRE AU MÉDECIN APRÈS L'AVOIR COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

(arrêté du ministre des transports du 7 mai 1997, fixant la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ainsi que des affections susceptibles de donner lieu à la délivrance du permis de conduire de durée de validité limitée)

NOM : PRÉNOMS :

NOM D'ÉPOUSE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

(Cochez la case utile)



Êtes-vous :

OUI

NON

porteur d'un dispositif de correction de la vision
(verres correcteurs, lentilles de contact)

atteint de la perte de vision d'un œil

atteint d'une infirmité d'un ou plusieurs membres

titulaire d'une pension d'invalidité (civile ou militaire)



Avez-vous été exempté ou réformé du service national
lorsque ce dernier était obligatoire



A votre connaissance, êtes-vous ou avez-vous été, atteint d'une affection susceptible d'être incompatible avec l'obtention (ou le maintien du permis de conduire) ou de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire de durée de validité limitée :

1/ Cardiologie

infarctus, maladie coronaire, artériosclérose,
insuffisance cardiaque, hypertension artérielle ...

	OUI	NON
vous a-t-on implanté un stimulateur cardiaque, une prothèse valvulaire, un défibrillateur,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2/ Œil et vision

troubles de la vision nocturne, de la vision des couleurs, du champ visuel...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

3/ Oto-rhino-laryngologie et pneumologie

déficience auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

difficultés respiratoire, asthme, emphysème,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

4/ Neurologie – psychiatrie

dépendance alcoolique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------------------

consommation régulière de psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

troubles neurologiques, troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

troubles de la vigilance, pathologie grave du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

5/ Divers

insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------------------

transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
Fait à.....le

Signature :