

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

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

Syncope ▶ 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 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 :

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

____-____-____-____-____-____

7 Troubles psychiatriques et consommation de substances

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

Agressivité, trouble de comportement, trouble de personnalité, psychose, dépression, trouble de consommation de substances, etc.

Diagnostique selon le DSM-5 : _____

La personne a-t-elle une autocritique et un jugement suffisants pour conduire un véhicule routier? Oui Non

Description des symptômes actuels et de leur intensité : _____

Date de la dernière crise psychotique : _____ ► Nombre d'épisodes depuis 1 an : _____ ► Nombre d'épisodes depuis 3 ans : _____

Selon le DSM-5, y a-t-il un diagnostic de troubles liés à la consommation de substances? Oui Non

Si oui, laquelle? Alcool Drogues Autres : _____

Degré de sévérité : Léger (2-3 critères) Modéré (4-5 critères) Sévère (6 critères ou plus)

Habitudes de consommation (fréquence, consommations/jour) : _____

Date du début de la rémission : _____

8 Limitations fonctionnelles

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

Troubles cognitifs (mémoire, jugement), limitations physiques, amputation, malformation congénitale, etc.

Diagnostic : _____

La personne est-elle limitée dans ses mouvements? Oui Non ► Si oui, décrivez ses limitations : _____

La personne porte-t-elle une prothèse ou une orthèse? Oui Non ► Si oui, précisez si fonctionnelle et bien adaptée : _____

La personne a-t-elle des troubles cognitifs? Oui Non ► Si oui, précisez : _____

Au cours des 12 derniers mois avez-vous constaté une modification :

– du fonctionnement physique? Oui Non ► Si oui, précisez : _____

– du fonctionnement cognitif? Oui Non ► Si oui, précisez : _____

9 Médication courante

Cochez si aucun médicament n'est pris régulièrement.

Effets secondaires des médicaments, atteintes de la vigilance ou ralentissement psychomoteur, interaction des médicaments, polypharmacie, etc.

Énumérez les médicaments pris régulièrement et précisez la posologie. Au besoin, joignez une liste.

NOM DU R	DOSE	FRÉQUENCE	NOM DU R	DOSE	FRÉQUENCE
		Die-Bid-Tid-Qid-prn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Die-Bid-Tid-Qid-prn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Die-Bid-Tid-Qid-prn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Die-Bid-Tid-Qid-prn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Die-Bid-Tid-Qid-prn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Die-Bid-Tid-Qid-prn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

À la prise de ses médicaments, la personne ressent-elle des effets secondaires ayant un impact sur la conduite d'un véhicule routier?

Oui Non ► Si oui, lesquels? _____

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

10 Autres diagnostics

Perte d'autonomie, ralentissement psychomoteur, difficultés AVD/AVQ, détérioration de l'état général, obésité morbide, dialyse/insuffisance rénale, cancer, etc.

Diagnostic : _____

Diagnostic : _____

Diagnostic : _____

Diagnostic : _____

11 Recommandations

Croyez-vous pertinent que la Société exige que cette personne subisse des évaluations complémentaires pour la capacité à conduire :

– Évaluation de la conduite sur route par un évaluateur de la Société? Oui Non ► Si oui, précisez à la section 12.

– Évaluation fonctionnelle par un ergothérapeute? Oui Non ► Si oui, précisez à la section 12.

– Consultations spécialisées? Oui Non ► Si oui, lesquelles? _____

Cette personne devrait-elle cesser de conduire en attendant ces évaluations? Oui Non ► Si oui, précisez à la section 12.

12 Commentaires additionnels

Décrivez toute situation qui laisse présager un risque pour la conduite d'un véhicule routier.

13 Renseignements sur l'identité du médecin

Je suis le médecin traitant de cette personne depuis _____ ans. Nombre de visites par année : _____

Je ne suis pas le médecin traitant de cette personne. Son médecin traitant est : _____

Cette personne n'a pas de médecin traitant.

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)

Date de l'examen

Date du rapport

Adresse

Signature

Numéro du permis d'exercice

Téléphone

Télécopieur

Vous pouvez joindre à ce formulaire tout document que vous jugez pertinent.

La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile, la Loi sur la Société de l'assurance automobile du Québec et le Code de la sécurité routière. La Société communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces renseignements peuvent aussi servir aux fins de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus de 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 ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.