Société de l'assurance automobile Québec

Rapport d'examen médical – Permis de conduire

28

Effacer

Tous les frais liés à 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 (A A A A M M J J) | 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 professionnel de la santé qui aura 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 : A A A A M M J J

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 PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'influer sur la capacité à conduire. ***Cochez toutes les cases pertinentes en fonction des situations identifiées. Tout trouble qui n'y est pas énuméré doit être signalé dans la section 13.***

Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer.

1 TROUBLES VISUELS

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

Acuité visuelle selon l'échelle de Snellen : Sans correction : OU 6/ ___ Avec correction : OU 6/ ___

☐ Cataractes bilatérales ☐ Pseudophakie ☐ DMLA ☐ Glaucome ☐ Rétinopathie

☐ **Présence d'une anomalie du champ visuel par confrontation** ☐ **Présence de diplopie dans les 40 degrés centraux**

2 TROUBLES AUDITIFS

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

☐ **Présence d'un trouble auditif qui nécessite ou nécessiterait le port d'un appareil auditif**

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

☐ Oui ☐ Non ▶ **Si oui**, cochez la ou les cases appropriées : ☐ **Avec appareil auditif** ☐ **Sans appareil auditif**

3 TROUBLES NEUROLOGIQUES

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

Présence d'un trouble neurologique *(s'il y a des limitations fonctionnelles associées au diagnostic, veuillez remplir la section 10)*

☐ AVC ☐ Parkinson ☐ SEP ☐ Trauma crânien ☐ Tumeur cérébrale ☐ Autre diagnostic ▶ _____

Symptômes actuels : _____

Date du diagnostic ▶ _____ (Année-Mois-Jour)

Numéro de permis de conduire

Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer.

4 ÉPILEPSIE OU CRISE CONVULSIVE NON ÉPILEPTIQUE

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

☐ **Épilepsie**

Type de crises	Date de la première crise (Année-Mois-Jour)	Date de la dernière crise (Année-Mois-Jour)
Généralisées, partielles complexes et absences		
Pendant le sommeil		
Partielles simples ou focales		

☐ **Crise convulsive non épileptique**

Cause : _____ Date de la dernière crise : _____ (Année-Mois-Jour)

Décrivez les manifestations lors des crises :

_____

_____

5 TROUBLES CARDIAQUES ET VASCULAIRES

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

☐ **Présence d'un trouble cardiaque qui amène une limitation sévère des activités**

Classe fonctionnelle :

☐ 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

☐ **Troubles du rythme :** Diagnostic : _____ Date du diagnostic : _____ (Année-Mois-Jour)

☐ **Défibrillateur :** Date d'implantation : _____ (Année-Mois-Jour) Date du dernier choc : _____ (Année-Mois-Jour)

☐ **Anévrisme de l'aorte à indication chirurgicale :** Diamètre : _____ cm

☐ **Syncopes au cours des 12 derniers mois :** Nombre d'épisodes : _____ Date du dernier épisode : _____ (Année-Mois-Jour)

Cause : _____ Traitée avec succès? ☐ Oui ☐ Non

Précisez le traitement : _____

Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B) : ☐ Insuffisance cardiaque ▶ Précisez la fraction d'éjection : _____ %

6 TROUBLES RESPIRATOIRES

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

☐ **Présence d'une maladie respiratoire qui limite les activités**

Classe fonctionnelle :

☐ 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 :** ☐ Nocturne ☐ Diurne ▶ Nombre d'heures d'utilisation par jour : _____

☐ **Apnée du sommeil :** Traitement efficace? ☐ Oui ☐ Non

Hypersomnolence diurne importante? ☐ Oui ☐ Non ▶ **Si oui**, indiquez *l'index d'apnée-hypopnée* : _____

Numéro de permis de conduire ▶ _____

Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer.

7 DIABÈTE

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

La personne a-t-elle une bonne compréhension et un bon contrôle de son diabète? ☐ Oui ☐ Non ▶ Traitement : ☐ Insuline ☐ Hypoglycémiant

Présence d'épisodes d'hypoglycémie en état d'éveil entraînant une altération de la conscience et nécessitant l'intervention d'une tierce personne au cours des 6 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non ▶ Combien? _____

Date du dernier épisode : ▶ _____ (Année-Mois-Jour)

Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B) : Hémoglobine glyquée (HbA1c) : _____ %

8 TROUBLES PSYCHIATRIQUES

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

☐ **Présence de troubles psychiatriques non contrôlés représentant un risque pour la conduite d'un véhicule routier**

Diagnostic : _____

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

Symptômes actuels : _____

Nombre de psychoses ou de manies aiguës dans les 12 derniers mois : ☐ 1 ☐ 2 ou plus

Date de la dernière crise psychotique : ▶ _____ (Année-Mois-Jour)

☐ **La personne est inapte à conduire de façon sécuritaire un véhicule professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B)** ▶ Précisez : _____

9 TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

☐ **Présence d'un trouble de l'usage de substances (selon le *DSM-5*)**

Type de substances : ☐ Alcool ☐ Drogues ☐ Autres : _____

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

Date de début de la rémission : ▶ _____ (Année-Mois-Jour)

Précisez ses habitudes de consommation (fréquence et nombre de consommations/jour) :
▶ Avant la rémission : _____
▶ Depuis la rémission : _____

10 LIMITATION FONCTIONNELLE

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

☐ **Présence de limitation fonctionnelle pouvant présenter un risque ou avoir une incidence lors de la conduite**

☐ **Limitation physique** ▶ Quelles sont les atteintes? _____

☐ **Limitation cognitive** ▶ Quelles sont les atteintes? _____

Limitation des AVQ et des AVD ▶ Précisez : _____

☐ **Présence d'un diagnostic de démence** ▶ Causes : _____

▶ Sévérité : _____

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

– du fonctionnement physique? ☐ Oui ☐ Non ▶ Précisez : _____

– du fonctionnement cognitif? ☐ Oui ☐ Non ▶ Précisez : _____

Numéro de permis de conduire

Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer.

11 MÉDICATION COURANTE

NON ☐ PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

Prise de médicaments des classes suivantes :

	Classe de médicaments	Nom du ℞	Dose	Fréquence
☐	Anticonvulsivants			
☐	Antidépresseurs			
☐	Antipsychotiques			
☐	Anxiolytiques/Somnifères			
☐	Opioïdes/Narcotiques			
☐	Autre (joignez la liste)			

La personne ressent-elle des effets secondaires pouvant nuire à la conduite avec la prise de ses médicaments (atteintes de la vigilance ou ralentissement psychomoteur, interaction des médicaments, polypharmacie, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

Décrivez lesquels et leur sévérité :

12 RECOMMANDATIONS

Croyez-vous pertinent que la Société exige que la personne subisse des évaluations complémentaires pour l'aptitude à conduire?

– Évaluation de la conduite sur route par un évaluateur de la Société : ☐ Oui ☐ Non

– Évaluation fonctionnelle de la conduite par un ergothérapeute : ☐ Oui ☐ Non

– Consultations spécialisées : ☐ Oui ☐ Non ▶ **Si oui**, précisez les spécialités :

La personne devrait-elle cesser de conduire en attendant de subir ces évaluations? ☐ Oui ☐ Non

13 DÉCRIVEZ TOUTE SITUATION OU TOUT DIAGNOSTIC QUI LAISSE PRÉSAGER UN RISQUE POUR LA CONDUITE D'UN VÉHICULE ROUTIER

RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

☐ La personne est sous mes soins depuis : ▶ Nombre de visites par année :

☐ Sinon, les soins sont prodigués par :

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)	Profession	Numéro du permis d'exercice
Adresse (numéro, rue, appartement)	Code postal	Téléphone (travail) / Poste
Ville, village ou municipalité	Signature	Date du rapport (A-M-J)

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 les lois que la Société est chargée d'appliquer, notamment le *Code de la sécurité routière*, la *Loi sur l'assurance automobile* et la *Loi concernant le transport rémunéré de personnes par automobile*. 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 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 ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.