

## Questionnaire de santé pour l'évaluation de l'aptitude médicale à la conduite de véhicules et de bateaux de catégories professionnelles (groupe 2)

Contrôle médical subséquent / demande de permis d'élève / échange de permis étranger

### Informations importantes :

Nous vous prions de compléter ce questionnaire en répondant à toutes les questions et le prendre avec vous lors de votre contrôle médical. Les réponses seront discutées en détail lors de l'examen médical et resteront en possession du médecin qui vous examinera. Celui qui obtient frauduleusement un permis ou une autorisation en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Il se verra retirer son permis ou son autorisation (articles 16 et 97 de la loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR; RS 741.01)).

Nom, prénom : ..... Date de naissance : .....

NIP (le n° figure sur la lettre de convocation du SAN) : .....

Adresse privée : .....

N° de téléphone : ..... Adresse e-mail : .....

### 1. Type d'examen et groupes de permis

Examen médical subséquent : .....

Premier examen d'aptitude (permis d'élève) : précisez la/les catégorie/s : .....

Echange de permis étranger : Préciser les catégories : .....

### 2. Maladies, accidents, infirmité, consommation d'alcool et de stupéfiants

Depuis votre dernier contrôle médical d'aptitude à la conduite, y a-t-il eu des modifications de votre état de santé ? Si oui, lesquelles ? .....

#### 2.1 Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour l'une ou l'autre des affections suivantes ?

Problème de vue (y compris port de lunettes ou de lentilles de contact) .....  oui  non

Apnées du sommeil (traitées ou non) ou autres maladies entraînant une envie de dormir la journée .....  oui  non

Maladie cardiaque ou vasculaire : pression artérielle trop élevée ou trop basse, douleurs dans la poitrine, infarctus, pontage, coronarographie, palpitations, pouls irrégulier, arythmie, porteur de pacemaker ou de défibrillateur, thrombose, embolie, anévrisme, etc. ....  oui  non

Maladie des organes respiratoires (asthme, tuberculose, etc.), difficultés à respirer, embolie pulmonaire .....  oui  non

Diabète ou autre maladie métabolique (par ex. : cholestérol trop élevé) .....  oui  non

Problèmes de mémoire, de concentration, de réflexes .....  oui  non

Crises d'épilepsie ou crises semblables .....  oui  non

Maladie neurologique : sclérose en plaque, Parkinson, attaque cérébrale (AVC), paralysie, etc. ....  oui  non

Problème d'équilibre, de vertiges .....  oui  non

Problème de surdité .....  oui  non

Maladie osseuse ou articulaire, douleurs chroniques (arthrose, rhumatisme, tendinite, goutte) .....  oui  non

Maladie des organes digestifs (p.ex. foie) .....  oui  non

Maladie des reins (par ex. : calculs rénaux, insuffisance rénale) .....  oui  non

#### 2.2 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de malaises et/ou d'évanouissements ces cinq dernières années ?

.....  oui  non

#### 2.3 Avez-vous déjà été hospitalisé(e) en raison d'une maladie ?

.....  oui  non

Si oui, précisez quand et pour quelle maladie : .....

#### 2.4 Avez-vous été victime d'accidents ayant nécessité une opération et/ou desquels vous gardez des séquelles (traumatisme crânien, fractures, etc.) ?

.....  oui  non

Si oui, précisez le type d'opération et/ou la nature des séquelles : .....

**2.5 Etes-vous privé, depuis la naissance, de l'usage normal d'un bras, d'une main et/ou de doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes ?**  oui  non

Si oui, précisez la nature de l'anomalie : .....

**2.6 Prenez-vous régulièrement des médicaments (prescrits ou non) ?**  oui  non

Si oui, précisez pour chaque médicament : nom, dosage, quantité, motif : .....

**2.7 Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours de ces dix dernières années :**

De problème psychique ou « nerveux » (dépression, schizophrénie, psychose, trouble bipolaire, etc.) ?.....  oui  non

Si oui, suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour cette raison

(hospitalisation et/ou traitement ambulatoire) ? .....  oui  non

De problème d'alcool ? .....  oui  non

Si oui, suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour cette raison

(cure de désintoxication et/ou traitement ambulatoire) ? .....  oui  non

D'abus de médicaments psychotropes (tranquillisants, anxiolytiques, somnifères) ? .....  oui  non

**2.8 Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues illégales (cannabis, héroïne, méthadone, cocaïne, amphétamines LSD, autres) ?**  oui  non

Si oui, suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour cette raison

(cure de désintoxication et/ou traitement ambulatoire) ? .....  oui  non

**2.9 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps quelconques susceptibles d'empêcher même passagèrement de conduire avec sûreté un véhicule automobile ?**  oui  non

Si oui, lesquels : .....

**2.10 A votre connaissance, une des maladies suivantes a-t-elle été détectée dans votre famille (parents, grands-parents, frères, sœurs, etc.) : diabète, cholestérol trop élevé, tension artérielle trop élevée, infarctus, attaque cérébrale (AVC) ?**  oui  non

Entourez le cas échéant.

### 3. Antécédents routiers

Avez-vous déjà fait l'objet de retraits de permis de conduire pour une raison quelconque (ivresse, conduite sous influence de stupéfiants, problème de santé, excès de vitesse, perte de maîtrise, etc.) ? .....  oui  non

Si oui, motif(s) et date(s) : .....

#### **Merci de lire attentivement les informations suivantes, puis de signer la déclaration ci-dessous**

Je prends note que les médecins qui procèdent aux examens d'aptitude à la conduite sont tenus de communiquer les résultats d'examen à l'autorité cantonale. Celle-ci peut mettre à la disposition du médecin tous les documents qui concernent l'aptitude à la conduite de la personne à examiner (article 5i de l'ordonnance du 27 octobre 1976 réglant l'admission à la circulation routière (OAC; RS 741.51)).

**La personne soussignée confirme avoir complété le présent questionnaire conformément à la vérité**

Lieu et date ..... Signature .....