



**Service des automobiles
et de la navigation**
Mesures administratives
Av. du Grey 110
1014 Lausanne
Tél. : +41(0)21 316 82 10
Sélection 32
Fax : +41(021) 316 89 68
examens.medicaux@vd.ch

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 LCR - loi sur la circulation routière).

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 OAC – ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière).

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

Lieu et date..... Signature