



PRÉFET DE LA GIRONDE

Liberté
Égalité
Fraternité

Questionnaire préalable au contrôle médical d'aptitude à la conduite

Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affectations médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée

Vous êtes invité(e) à remplir loyalement ce document avant votre visite et à le remettre en mains propres au(x) médecin(s) agréé(s) après l'avoir complété et signé. Il est couvert par le secret médical.

1 – État civil

Nom :	Profession :
Prénom :	Adresse :
Date de naissance :/...../.....
Commune de naissance (et pays pour les personnes nées à l'étranger) :

2 – Votre ou vos permis de conduire

Catégorie(s) de permis détenue(s) : A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE
 D1 D1E D DE

Ou autre permis non européen, lequel :

Date de délivrance :/...../..... et/...../.....

Restriction(s) d'usage ou agréments : OUI NON, si oui, lesquels ?

3 – Motif de votre visite

Renouvellement périodique (permis groupe lourd ou assimilé «groupe lourd») Visite médicale (groupe léger)

Demande de permis de conduire après suspension, invalidation ou annulation ou infraction : OUI NON

→ Suis-je déjà venu(e) à une précédente visite médicale d'aptitude à la conduite ? OUI NON

→ Date :/...../.....

4 – Vos pathologies spécifiques

Êtes-vous atteint(e) d'une maladie cardiaque ? OUI NON

Si OUI, laquelle ?

Êtes-vous porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque ? OUI NON

Si OUI, depuis quand ? (indiquez la date)/...../.....

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

Si OUI, laquelle ?

Avez-vous des problèmes de vue (baisse d'acuité visuelle, glaucome, cataracte ou autre pathologie...)? OUI NON

Si OUI, lesquels ?

Portez-vous des lentilles ou des lunettes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous atteint(e) de la perte de la vision d'un oeil ? Si OUI, depuis quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ? Si OUI, indiquez la date de la dernière crise :/...../.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien avec des conséquences : maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres ? Si OUI, quelles sont les conséquences ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit ? (Oxygène, masque pour la nuit ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vous arrive-t-il de vous endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion ou au volant ou dans d'autres circonstances non appropriées ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous soigné(e) pour le diabète ? Si OUI, avez-vous déjà fait des malaises par manque de sucre ? (hypoglycémies)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

5 – Informations sur votre état de santé général

Êtes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été hospitalisé(e) et / ou opéré(e) au cours des cinq dernières années ? Si OUI, pour quel motif ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites ? (cannabis, ecstasy, héroïne, cocaïne ou autre) <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement	
À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ? (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) <input type="checkbox"/> Jamais ou rarement <input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par mois <input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours	
Avez-vous rencontré des difficultés particulières en conduisant et pourquoi ? (Accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problèmes pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, à conduire la nuit) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, lesquelles ?	
Prenez-vous des médicaments régulièrement ? Si OUI, lesquels, à quelle dose et, si possible, à quel moment de la journée ? Vous pouvez joindre, si vous le souhaitez, votre dernière ordonnance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous d'autres problèmes de santé que vous souhaiteriez signaler ? Si OUI, lequel ou lesquels ?	

À

Date/...../.....

Signature :