

Questionnaire de santé pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite de niveau 1 (groupe 1)

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 le courrier du SAN) :

Adresse privée :

N° de téléphone : Adresse e-mail :

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
- 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, dialyse) oui non

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

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

Si oui, précisez quand et pour quelle maladie :

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

.....

Etes-vous privé 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 :

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

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

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

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

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 :

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

Entourez le cas échéant.

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 dateSignature