



Questionnaire à remplir par l'utilisateur, avant la consultation médicale d'évaluation des capacités à la conduite automobile

Mon état civil

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Age :ans

.....

Date de naissance : __ / __ / ____

☎ : __ / __ / __ / __ / __

Commune de naissance :

✉ :@.....

Mon permis de conduire

Je suis titulaire d'un ou plusieurs permis de conduire : oui non

Si oui lesquels : A1 A2 A B1 B BE C1 C1E C CE D1 D1E D DE

Depuis quelle date : __ / __ / ____

Mon permis a-t-il une date de validité ? oui non

Si oui, laquelle : __ / __ / ____

Ai-je déjà bénéficié d'une visite médicale à la conduite ? oui non

Ai-je des restrictions d'usage ou des aménagements en particulier éthylotest anti démarrage ?
 oui non

Ai-je fait l'objet d'un retrait de permis ? oui non

Mon permis a-t-il déjà été :

❖ Suspendu ? oui non

Si oui pour quel motif ?..... Si oui pour quelle durée ?

❖ Invalidé (solde de point nul) ? oui non

Si oui pour quel motif ?.....

❖ Annulé (par le juge) ? oui non

Si oui pour quel motif ?..... Si oui pour quelle durée ?

Mon permis m'a-t-il été restitué ? oui non

Si oui pour quelle durée ?.....

Si vous n'êtes pas titulaire d'un permis de conduire, avez-vous validé l'épreuve du code de la route?
 oui non

Mon véhicule

Je dispose d'un véhicule : oui non

Si oui Année du véhicule : Quel est son kilométrage ?.....

Modèle : Puissance :

	<i>Enregistrement</i> Questionnaire à remplir par l'usager, avant la consultation médicale d'évaluation des capacités à la conduite automobile	PP-PR29-EN1
	Version 1 - Le 4 juin 2025	2/4

Il est équipé :

- ❖ D'une boîte manuelle oui non
- ❖ D'une boîte automatique oui non
- ❖ D'aménagements spécifiques ? oui non
- ❖ D'un éthylotest anti démarrage oui non

Pensez-vous que des aménagements vous soient nécessaires ? oui non

Mon état de santé

Mon suivi

Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité de travailleur handicapé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je consulté un médecin plus de 3 fois au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je consulter un spécialiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui pour quel motif ?.....	
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels (dernière ordonnance) ?.....	
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Mon état général

Est-ce que je porte des lunettes ou lentilles de contact ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je des problèmes de vue suivie de manière régulière ? (Glaucome, cataracte, DMLA, perte de vision d'un œil, ...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date de la dernière consultation auprès d'un ophtalmologiste/orthoptiste :	
Ai-je des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériels, de tension ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels ?	
Ai-je subi une intervention du cœur ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, laquelle ?	
Ai-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, depuis combien de temps ?	
Ai-je parfois des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je déjà eu des pertes de connaissance, syncope ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je des trous de mémoire, des difficultés à me concentrer ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Questionnaire à remplir par l'usager,
avant la consultation médicale d'évaluation des
capacités à la conduite automobile**

Ai-je des difficultés de sommeil ? <i>(Problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflement)</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
M'est-il arrivé de m'endormir, même très peu de temps (à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant, ou dans d'autres circonstances inappropriées) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je déjà eu des appareils respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autre) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ? d'un traumatisme crânien ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui y a-t-il des conséquences aujourd'hui? <i>(Maux de tête, vertiges, paralysie, troubles de mémoire ou autres)</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ? si oui, date de la dernière crise :.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-ce que je suis soigné(e) pour le diabète ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémie) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai d'autres problèmes médicaux : si oui, merci de préciser :.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous rencontré des difficultés particulières en conduisant et pourquoi ? <i>(accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, difficulté à conduire de nuit)</i> Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Consommation d'alcool ou de drogue

Je consomme régulièrement ou occasionnellement :

❖ Boissons contenant de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur):
 jamais ou rarement environ 1 à 3 fois/mois environ 1 à 3 fois/semaine tous les jours

❖ Tabac : oui non

❖ Substances illicites (cannabis, ecstasy, héroïne, cocaïne ou autres) :
 jamais occasionnellement régulièrement

Ai-je déjà été suivi(e) pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue ?
 oui non

J'ai rempli sincèrement le présent questionnaire : oui non

Je suis aidé pour remplir le questionnaire : oui non

Par :

Je certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à.....

Le __ / __ / ____

Signature

	<i>Enregistrement</i> Questionnaire à remplir par l'utilisateur, avant la consultation médicale d'évaluation des capacités à la conduite automobile	PP-PR29-EN1
	Version 1 - Le 4 juin 2025	4/4

Documents nécessaires à joindre à ce questionnaire

- Ordonnance en cours
- Compte-rendu médicaux et d'hospitalisation
- Carnet de glycémie en cas de diabète
- Dernier compte-rendu en cas de consultation ophtalmologue
- Résultats des tests neuropsychologiques et/ou d'orthophoniste en votre possession si un bilan a été réalisé
- Compte rendu orthoptiste (si suivi)
- Photocopie du permis de conduire
- Relevé d'informations intégrales du permis de conduire (à demander en préfecture)