



DEPARTMENT OF PUBLIC SAFETY
MOTOR VEHICLE BRANCH

78-9282 (3/08)

MEDICAL FITNESS REPORT

* Fee for examination is the responsibility of the licence applicant.

This form is to be completed by a licensed medical or nurse practitioner. A positive response must be elaborated upon at the bottom of the form.

The appropriate practitioner's stamp must be affixed in the space provided.

Name of applicant _____ Date of Birth _____

Address _____

Licence Number [] [] [] [] [] [] [] [] Class of licence applied for _____

Does the patient have a history or diagnosis of any of the following:

- 1. Any loss or impairment of limbs or extremities or other structural defect, limitation of mobility or co-ordination likely to interfere with the safe operation of a motor vehicle? Yes [] No []
2. Any impairment of the musculo-skeletal or nervous system likely to interfere with the safe operation of a motor vehicle? Yes [] No []
3. Diabetes mellitus which requires either insulin or oral agents for control? Yes [] No []
4. Myocardial infarction, angina pectoris, coronary insufficiency or thrombosis? Yes [] No []
If first incidence, is the patient fully recovered? Yes [] No []
5. Heart or lung disease including arrhythmia or respiratory dysfunction? Yes [] No []
6. Hypertension accompanied by postural hypotension resulting in giddiness when under treatment? Yes [] No []
7. Requirement for hearing assistance? Yes [] No []
8. Loss of consciousness or awareness due to a chronic or recurring condition? Yes [] No []
9. Continuous use of any prescribed drug which could, in the dosage prescribed, impair ability to operate a motor vehicle? Yes [] No []
10. Clinical diagnosis of alcoholism or drug addiction? Yes [] No []
11. Established medical evidence of a sustained psychiatric disorder with particular regard to depression, suicidal tendencies or impulsive aggressive behaviour? Yes [] No []
12. Any other physical or mental impairment, disease or condition which is likely to significantly interfere with the individual's ability to operate a motor vehicle safely? Yes [] No []

Driver Examiner's Use only
VISION SCREENING
WITHOUT LENSES _____
WITH LENSES _____
EXAMINER _____
AUTHORIZED TRAINING
FOR CLASS _____
UNTIL _____
DD /MM /YY
EXAMINER
DATE _____
Office Stamp

Table with 2 columns: Question, Remarks. Contains 3 empty rows for recording answers.

This is to certify that I examined the above named applicant on

Date _____

and that this individual has been my patient since

Date _____

Examining Practitioner Name (Print) _____

Address _____

Signature X _____

Practitioner's Stamp

RAPPORT D'ÉTAT DE SANTÉ

* Les frais d'examen doivent être payés par le demandeur de permis.

Le présent formulaire doit être rempli par un(e) médecin ou un(e) infirmier(ière) praticien(ne) autorisé. Si un "oui" est coché pour un des numéros, il faut expliquer au bas du formulaire. Le sceau du praticien doit figurer dans l'espace prévu à cette fin.

Nom du demandeur _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Numéro de permis

--	--	--	--	--	--	--

 Classe de permis demandée _____

Inscrire si les antécédents ou le diagnostic du patient révèlent les problèmes médicaux suivants :

1. Toute amputation ou déficience des membres ou extrémités ou autres défauts structurels et toute limitation de la mobilité ou de la coordination susceptible de nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule à moteur? Oui Non
2. Toute déficience du système musculo-squelettique ou du système nerveux susceptible de nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule à moteur? Oui Non
3. Un diabète sucré dont la régularisation nécessite de l'insuline ou un agent consommé par voie orale? Oui Non
4. Un infarctus du myocarde, une angine de poitrine, une insuffisance coronarienne ou une thrombose? Oui Non
Si c'était la première fois, le patient est-il complètement rétabli? Oui Non
5. Les maladies cardiaques ou pulmonaires, y compris l'arythmie ou une dysfonction respiratoire? Oui Non
6. Hypertension accompagnée d'hypotension orthostatique qui résulte en des étourdissements lors du traitement? Oui Non
7. Nécessité d'avoir recours à un appareil auditif? Oui Non
8. Perte de conscience ou de connaissance en raison d'une maladie chronique ou récurrente? Oui Non
9. Ingestion de tout médicament prescrit qui, lorsqu'utilisé selon la dose indiquée, nuit à la capacité de conduire un véhicule à moteur? Oui Non
10. Diagnostic clinique de dépendance à l'alcool ou à une drogue? Oui Non
11. Preuve médicale établie d'un trouble mental continu, surtout en ce qui concerne la dépression, les tendances suicidaires ou un comportement agressif impulsif? Oui Non
12. Toute déficience physique ou mentale, maladie ou état susceptible de nuire considérablement à la capacité du patient de conduire un véhicule à moteur de façon sécuritaire? Oui Non

Pour l'utilisation des Examineurs de conduite seulement
Examen de la vue
Sans verres correcteurs _____
Avec verres correcteurs _____
Examineur(trice) _____
AUTORISE LA FORMATION POUR CLASSE _____
JUSQU'À _____ JJ /MM /AA
EXAMINATEUR(TRICE)
DATE _____
Sceau du bureau

Question	Remarques

La présente atteste que j'ai examiné le demandeur susmentionné le

Date _____

et cette personne est mon patient depuis le

Date _____

Praticien examinateur
Nom (en caractères d'imprimerie) _____

Adresse _____

Signature X _____

Sceau du praticien