

\* 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 physician's or clinic'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 <input type="checkbox"/> Without lenses <input type="checkbox"/> With lenses
Examiner _____
Authorized training for class _____ until _____ <b>DD/MM/YY</b>
Examiner _____
Date _____
Valid for N.B., P.E.I., N.S.
Office stamp

Question	Remarks

This is to certify that I examined the above named applicant on \_\_\_\_\_ **DD/MM/YY**

and that this individual has been my patient since \_\_\_\_\_ **DD/MM/YY**

Examining Physician or Nurse Practitioner (print) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature (Examining Physician or Nurse Practitioner)

Physician's or Clinic's stamp

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

Le présent formulaire doit être rempli par un médecin agréé ou une infirmière praticienne. Si un "oui" est coché pour un des numéros, il faut expliquer au bas du formulaire. Le sceau du médecin ou de la clinique doit être apposé dans l'espace prévu.

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

Examineur(trice)

Date \_\_\_\_\_

Valable au N.-B., Î.P.E., N.-É.

### Sceau du bureau

Question	Remarques

La présente atteste que j'ai examiné le demandeur susmentionné le \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA

et cette personne est mon patient depuis le \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA

Médecin ou infirmière praticienne ayant fait l'examen Nom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Signature (Médecin ou infirmière praticienne ayant fait l'examen)

Sceau du médecin ou de la clinique