

* 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 déficiences structurelles 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