

\* 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**