

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 médecin agréé. Si un "oui" est coché pour un des numéros, il faut expliquer au bas du formulaire. Le sceau du médecin 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
EXAMINATEUR(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
Date _____
et cette personne est mon patient depuis le
Date _____

Médecin ayant fait l'examen
Nom (en caractères d'imprimerie) _____
Adresse _____
Signature X _____

Sceau du médecin
