



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Numéro de permis de conduire

Nom	Date de naissance (Année-Mois-Jour)	
Prénom	Téléphone (résidence)	
Adresse	Téléphone (travail)	Poste
Ville, village ou municipalité	Code postal	

Tous les frais associés au remplissage de ce formulaire **doivent être payés par la personne visée par l'examen** et ne sont pas remboursables par la Société.

**Retournez le formulaire au :**  
Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement  
Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 19500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8J5

**À LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN**

Lisez et signez le texte d'autorisation ci-dessous et prenez connaissance du texte sur la communication de renseignements personnels au bas de la page 4.

J'autorise par la présente la Société de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements médicaux me concernant avec le professionnel de la santé qui aura signé ce formulaire. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

Toute reproduction informatique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

Signature de la personne visée par l'examen

Date (Année-Mois-Jour)

**AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'influer sur la capacité à conduire. **Cochez toutes les cases pertinentes en fonction des situations identifiées. Tout trouble qui n'y est pas énuméré doit être signalé dans la section 13.**

Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer.

<b>1 TROUBLES VISUELS</b>	<b>NON</b>
<p>Acuité visuelle selon l'échelle de Snellen : Sans correction : OU 6/ <input type="text"/> <input type="text"/> Avec correction : OU 6/ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Cataractes bilatérales    <input type="checkbox"/> Pseudophakie    <input type="checkbox"/> DMLA    <input type="checkbox"/> Glaucome    <input type="checkbox"/> Rétinopathie</p> <p><input type="checkbox"/> Présence d'une anomalie du champ visuel par confrontation    <input type="checkbox"/> Présence de diplopie dans les 40 degrés centraux</p>	<input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
<b>2 TROUBLES AUDITIFS</b>	<b>NON</b>
<p><input type="checkbox"/> Présence d'un trouble auditif qui nécessite ou nécessiterait le port d'un appareil auditif</p> <p>La personne est-elle capable de comprendre une phrase énoncée d'une voix chuchotée avec force à une distance de 1,5 mètre?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    ► Si oui, cochez la ou les cases appropriées : <input type="checkbox"/> Avec appareil auditif    <input type="checkbox"/> Sans appareil auditif</p>	<input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
<b>3 TROUBLES NEUROLOGIQUES</b>	<b>NON</b>
<p>Présence d'un trouble neurologique (s'il y a des limitations fonctionnelles associées au diagnostic, veuillez remplir la section 10)</p> <p><input type="checkbox"/> AVC    <input type="checkbox"/> Parkinson    <input type="checkbox"/> SEP    <input type="checkbox"/> Trauma crânien    <input type="checkbox"/> Tumeur cérébrale    <input type="checkbox"/> Autre diagnostic</p> <p>Symptômes actuels : _____</p> <p>_____</p> <p>Date du diagnostic _____</p> <p>(Année-Mois-Jour)</p>	<input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE



Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer.

<b>4</b>	<b>ÉPILEPSIE OU CRISE CONVULSIVE NON ÉPILEPTIQUE</b>	<b>NON</b>												
<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Épilepsie ▶ Type de crises</th> <th style="width: 20%;">Date de la première crise (Année-Mois-Jour)</th> <th style="width: 40%;">Date de la dernière crise (Année-Mois-Jour)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Généralisées, partielles complexes et absences</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pendant le sommeil</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Partielles simples ou focales</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Épilepsie ▶ Type de crises	Date de la première crise (Année-Mois-Jour)	Date de la dernière crise (Année-Mois-Jour)	Généralisées, partielles complexes et absences			Pendant le sommeil			Partielles simples ou focales			<input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
Épilepsie ▶ Type de crises	Date de la première crise (Année-Mois-Jour)	Date de la dernière crise (Année-Mois-Jour)												
Généralisées, partielles complexes et absences														
Pendant le sommeil														
Partielles simples ou focales														
<input type="checkbox"/>	<b>Crise convulsive non épileptique</b> Cause : _____ Date de la dernière crise : _____ (Année-Mois-Jour) <b>Décrivez les manifestations lors des crises :</b> _____ _____ _____													

<b>5</b>	<b>TROUBLES CARDIAQUES ET VASCULAIRES</b>	<b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Présence d'un trouble cardiaque qui amène une limitation sévère des activités</b> Classe fonctionnelle ▶ <input type="checkbox"/> III Limitations sévères des activités : confortable seulement au repos ▶ <input type="checkbox"/> IV Doit être au repos total, confiné au lit ou dans une chaise : toute activité physique amène de l'inconfort, et des symptômes peuvent se manifester même au repos	<input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
<input type="checkbox"/>	<b>Troubles du rythme</b> ▶ Diagnostic : _____ Date du diagnostic : _____ (Année-Mois-Jour)	
<input type="checkbox"/>	<b>Défibrillateur</b> ▶ Date d'implantation : _____ Date du dernier choc : _____ (Année-Mois-Jour) (Année-Mois-Jour)	
<input type="checkbox"/>	<b>Anévrisme de l'aorte à indication chirurgicale</b> Diamètre : _____ cm	
<input type="checkbox"/>	<b>Syncopes au cours des 12 derniers mois</b> Nombre d'épisodes : _____ Date du dernier épisode : _____ (Année-Mois-Jour) Cause : _____ Traitée avec succès? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez le traitement : _____	
Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B) : <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque ▶ Précisez la fraction d'éjection : _____ %		

<b>6</b>	<b>TROUBLES RESPIRATOIRES</b>	<b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Présence d'une maladie respiratoire qui limite les activités</b> Classe fonctionnelle : <input type="checkbox"/> III Présence de dyspnée à la marche sur un terrain plat en comparaison avec une personne du même âge ou en montant un escalier <input type="checkbox"/> IV Présence de dyspnée après une marche de 100 mètres à son propre rythme sur un terrain plat <input type="checkbox"/> V Présence de dyspnée en s'habillant, en se déshabillant ou en parlant	<input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
<input type="checkbox"/>	<b>Oxygénothérapie</b> ▶ <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne ▶ Nombre d'heures d'utilisation par jour : _____	
<input type="checkbox"/>	<b>Apnée du sommeil</b> ▶ Traitement efficace? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Hypersomnolence diurne importante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si oui, indiquez l'index d'apnée-hypopnée : _____	



Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer.

<b>7</b>	<b>DIABÈTE</b>	<p>La personne a-t-elle une bonne compréhension et un bon contrôle de son diabète? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Traitement : <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiant</p> <p>Présence d'épisodes d'hypoglycémie en état d'éveil entraînant une altération de la conscience et nécessitant l'intervention d'une tierce personne au cours des 6 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Combien? _____ Date du dernier épisode : _____ (Année-Mois-Jour)</p> <p>Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B) : Hémoglobine glyquée (HbA1c) : _____ %</p>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
----------	----------------	--	--

<b>8</b>	<b>TROUBLES PSYCHIATRIQUES</b>	<p><input type="checkbox"/> Présence de troubles psychiatriques non contrôlés représentant un risque pour la conduite d'un véhicule routier Diagnostic : _____</p> <p>La personne a-t-elle une autocritique et un jugement suffisant pour conduire un véhicule routier? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Symptômes actuels : _____</p> <p>Nombre de psychoses ou de manies aiguës dans les 12 derniers mois : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou plus Date de la dernière crise psychotique : _____ (Année-Mois-Jour)</p> <p><input type="checkbox"/> La personne est inapte à conduire de façon sécuritaire un véhicule professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B) ▶ Précisez : _____</p>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
----------	--------------------------------	---	--

<b>9</b>	<b>TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES</b>	<p><input type="checkbox"/> Présence d'un trouble de l'usage de substances (selon le DSM-5)</p> <p>Type de substances : <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogues <input type="checkbox"/> Autres ▶ _____</p> <p>Degré de sévérité : <input type="checkbox"/> Léger (2-3 critères) <input type="checkbox"/> Modéré (4-5 critères) <input type="checkbox"/> Sévère (6 critères ou plus)</p> <p>Date de début de la rémission : _____ (Année-Mois-Jour)</p> <p>Précisez ses habitudes de consommation (fréquence et nombre de consommations/jour) : ▶ Avant la rémission : _____ ▶ Depuis la rémission : _____</p>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
----------	---	---	--

<b>10</b>	<b>LIMITATION FONCTIONNELLE</b>	<p><input type="checkbox"/> Présence de limitation fonctionnelle pouvant présenter un risque ou avoir une incidence lors de la conduite</p> <p><input type="checkbox"/> Limitation physique ▶ Quelles sont les atteintes? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Limitation cognitive ▶ Quelles sont les atteintes? _____</p> <p>Limitation des AVQ et des AVD ▶ Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Présence d'un diagnostic de démence ▶ Causes : _____ ▶ Sévérité : _____</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté une modification :</p> <p>– du fonctionnement physique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Précisez : _____</p> <p>– du fonctionnement cognitif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Précisez : _____</p>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE
-----------	---------------------------------	--	--



Pour les prochaines sections, cochez « NON » lorsqu'il n'y a pas de problème de santé à déclarer. ▼

<b>11 MÉDICATION COURANTE</b>				<b>NON</b>
Prise de médicaments des classes suivantes :				La personne ressent-elle des effets secondaires pouvant nuire à la conduite avec la prise de ses médicaments (atteintes de la vigilance ou ralentissement psychomoteur, interaction des médicaments, polypharmacie, etc.)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span>  Décrivez lesquels et leur sévérité : _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivants	Nom du R <sub>x</sub>	Dose	Fréquence	
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs				
<input type="checkbox"/> Antipsychotiques				
<input type="checkbox"/> Anxiolytiques/Somnifères				
<input type="checkbox"/> Opioides/Narcotiques				
<input type="checkbox"/> Autre (joignez la liste)				<input type="checkbox"/> PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

<b>12 RECOMMANDATIONS</b>	
<b>Croyez-vous pertinent que la Société exige que la personne subisse des évaluations complémentaires pour l'aptitude à conduire?</b>	
– Évaluation de la conduite sur route par un évaluateur de la Société :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
– Évaluation fonctionnelle de la conduite par un ergothérapeute :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
– Consultations spécialisées :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si oui, précisez les spécialités : _____
<b>La personne devrait-elle cesser de conduire en attendant de subir ces évaluations?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

<b>13 DÉCRIREZ TOUTE SITUATION OU TOUT DIAGNOSTIC QUI LAISSE PRÉSAGER UN RISQUE POUR LA CONDUITE D'UN VÉHICULE ROUTIER</b>
_____ _____ _____ _____

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b>	
<input type="checkbox"/> La personne se confie à mes soins depuis : _____	▶ Nombre de visites par année : _____
<input type="checkbox"/> Sinon, les soins sont prodigués par : _____	
Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)	Profession
Adresse (numéro, rue, appartement)	Code postal
Ville, village ou municipalité	Signature
	Date du rapport (A-M-J)

**Vous pouvez joindre à ce formulaire tout document que vous jugez pertinent.**

<b>Renseignements personnels</b>
La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i> . Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à <a href="http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite">saaq.gouv.qc.ca/confidentialite</a> ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.