

IX. Déclaration personnelle pour le candidat au permis de conduire du groupe 2 (N° dossier:)

Nom: Prénom:

Adresse:

Date de naissance:/...../..... Lieu de naissance:

N° de registre national (facultatif):

Catégorie et/ou sous-catégorie du permis de conduire actuel:

A3 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E (*)

Délivre à: N°:

Valable jusqu'au:/...../.....

Candidat au permis de conduire valable pour la catégorie:

Les cas échéant: date de l'examen précédent:

nom du médecin examinateur:

Questionnaire à remplir par le candidat (cochez les cases appropriées)	Oui	Non
1. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une affection du système nerveux central ou périphérique, une hémorragie cérébrale, une lésion cérébrale, une fracture du crâne, un coma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour des troubles importants de votre capacité de jugement, de perception, d'adaptation ou une affection des réactions psychomotrices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une aliénation ou une affection psychiatrique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Souffrez-vous de difficultés d'adaptation importantes qui s'expriment, par exemple, par un comportement routier inadapté, une prise de risques exagérée, un comportement incontrôlé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour épilepsie, diminution de la conscience, perte de conscience brutale brève ou prolongée, paralysie subite, vertiges ou troubles de l'équilibre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Etes-vous anormalement fatigué ou éprouvez-vous l'envie de dormir pendant la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ronflez-vous bruyamment pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour maladie cardiaque ou vasculaire, troubles du rythme cardiaque ou de la conduction, infarctus, problèmes de tension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous subi une opération cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Etes-vous privé de l'usage d'un bras, d'une main et/ou de doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour le diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Etes-vous ou avez-vous été en traitement chez un ophtalmologue pour une maladie des yeux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous subi une opération aux yeux ou un traitement au laser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Votre vision, son acuité et/ou votre champ visuel est-il atteint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Votre vision crépusculaire ou dans l'obscurité est-elle réduite ou insuffisante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Etes-vous dépendant de l'alcool, de drogues ou de l'usage abusif de médicaments, ou avez-vous été en traitement pour l'un de ces motifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Prenez-vous des médicaments susceptibles d'influencer la conscience, la perception, la capacité de jugement ou le fonctionnement normal tels que tranquillisants, somnifères, stimulants, antidépresseurs ou autres psychotropes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Souffrez-vous d'une affection au foie ou aux reins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous subi une transplantation d'organe ou un autre implant artificiel ayant une influence possible sur votre aptitude à la conduite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOIR VERSO POUR LA SUITE

Questionnaire à remplir par le candidat (cochez les cases appropriées) - suite	Oui	Non
21. Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour des problèmes de sommeil (sommolence exagéré ou manque de sommeil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Etes-vous déjà tombé en sommeil pendant la conduite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous eu un accident probablement dû à la somnolence les 3 derniers années (p.ex. sortie de route, collision derrière sur un autre véhicule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quelqu'un vous a dit que vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Êtes-vous généralement reposé après un repos de nuit complète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Avez-vous actuellement ou dans le passé eu un traitement contrôle hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Echelle de somnolence d'Epworth

Veillez indiquer pour chaque situation combien vous estimez vous-même de somnoler ou de vous endormir (dans la journée). Remplissez tout. Imaginez-vous comment vous réagissez. Encercliez dans la colonne droite le chiffre correspondant à votre chance.

Pas de chance = 0 – Légère chance = 1 – Chance moyenne = 2 – Forte chance = 3

SITUATION (par fatigue moyenne)	Chance (encercliez)
Pendant que vous êtes occupé à lire	0 / 1 / 2 / 3
Devant la télévision	0 / 1 / 2 / 3
Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, cinéma, théâtre, réunion..)	0 / 1 / 2 / 3
Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture	0 / 1 / 2 / 3
Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent	0 / 1 / 2 / 3
En position assise au cours d'une conversation avec quelqu'un	0 / 1 / 2 / 3
Tranquillement assis à la fin d'un repas sans alcool	0 / 1 / 2 / 3
Dans une voiture immobilisée pendant quelques minutes dans le trafic	0 / 1 / 2 / 3
TOTAL (additionnez ce que vous avez encerclé)	/24 ----- 0-9 10-15 16+

Je, soussigné, déclare sur l'honneur avoir répondu loyalement aux questions posées ci-dessus et ne pas être atteint d'une autre maladie ou d'une autre affection quelconque susceptible d'entraver ou d'empêcher, même passagèrement, la conduite normale d'un véhicule d'une catégorie ou sous-catégorie du groupe 2.

Date:/...../.....

Signature du candidat:

Les données collectées à l'aide de ce formulaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, seront traitées pour la gestion des examens médicaux en vue de l'obtention d'un permis de conduire par et sous la responsabilité de Premed A.S.B.L. – Tiensevest 61 boîte 2 – 3010 Kessel-Lo. Si vous désirez prendre connaissance des données qui vous concernent et demander, le cas échéant, la rectification de celles-ci, adressez-vous à Premed A.S.B.L. – Tiensevest 61 boîte 2 – 3010 Kessel-Lo.