

Tous les frais liés à ce formulaire **doivent être payés par la personne visée par l'examen** et ne sont pas remboursables par la Société.

**Retournez l'original du 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

Nom

Prénom

Adresse (Numéro, rue, appartement.)

Ville, village ou municipalité

Code postal

Date de naissance

Numéro de permis de conduire

Téléphone (résidence)

Téléphone (travail)

Poste

A A A A M M J J

**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.

Signature de la personne visée par l'examen : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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.

**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. ▼

<p><b>1 TROUBLES VISUELS</b></p> <p>Acuité visuelle selon l'échelle de Snellen : Sans correction : OU 6/ _____ Avec correction : OU 6/ _____</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>	<p><b>NON</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE</p>
<p><b>2 TROUBLES AUDITIFS</b></p> <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>	<p><b>NON</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE</p>
<p><b>3 TROUBLES NEUROLOGIQUES</b></p> <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>_____</p> <p>Date du diagnostic _____</p> <p>(Année-Mois-Jour)</p>	<p><b>NON</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE</p>

Numéro de permis de conduire

▶ \_\_\_\_\_

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

#### 4 ÉPILEPSIE OU CRISE CONVULSIVE NON ÉPILEPTIQUE

**NON**

<input type="checkbox"/> 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		

Crise convulsive non épileptique

Cause : \_\_\_\_\_ Date de la dernière crise : ▶ \_\_\_\_\_  
(Année-Mois-Jour)

Décrivez les manifestations lors des crises :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PASSEZ  
À LA  
SECTION  
SUIVANTE

#### 5 TROUBLES CARDIAQUES ET VASCULAIRES

**NON**

Présence d'un trouble cardiaque qui amène une limitation sévère des activités

Classe fonctionnelle :  III Limitations sévères des activités : confortable seulement au repos

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

Troubles du rythme : Diagnostic : \_\_\_\_\_ Date du diagnostic : ▶ \_\_\_\_\_  
(Année-Mois-Jour)

Défibrillateur : Date d'implantation : ▶ \_\_\_\_\_ Date du dernier choc : ▶ \_\_\_\_\_  
(Année-Mois-Jour) (Année-Mois-Jour)

Anévrisme de l'aorte à indication chirurgicale : Diamètre : \_\_\_\_\_ cm

Syncopes au cours des 12 derniers mois : Nombre d'épisodes : \_\_\_\_\_ Date du dernier épisode : ▶ \_\_\_\_\_  
(Année-Mois-Jour)

Cause : \_\_\_\_\_ Traitée avec succès?  Oui  Non

Précisez le traitement : \_\_\_\_\_

Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B) :  Insuffisance cardiaque ▶ Précisez la fraction d'éjection : \_\_\_\_\_ %

PASSEZ  
À LA  
SECTION  
SUIVANTE

#### 6 TROUBLES RESPIRATOIRES

**NON**

Présence d'une maladie respiratoire qui limite les activités

Classe fonctionnelle :  III Présence de dyspnée à la marche sur un terrain plat en comparaison avec une personne du même âge ou en montant un escalier

IV Présence de dyspnée après une marche de 100 mètres à son propre rythme sur un terrain plat

V Présence de dyspnée en s'habillant, en se déshabillant ou en parlant

Oxygénothérapie :  Nocturne  Diurne ▶ Nombre d'heures d'utilisation par jour : \_\_\_\_\_

Apnée du sommeil : Traitement efficace?  Oui  Non

Hypersomnolence diurne importante?  Oui  Non ▶ Si oui, indiquez l'index d'apnée-hypopnée : \_\_\_\_\_

PASSEZ  
À LA  
SECTION  
SUIVANTE

Numéro de permis de conduire

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

## 7 DIABÈTE

La personne a-t-elle une bonne compréhension et un bon contrôle de son diabète?

Oui  Non

► Traitement :  Insuline  Hypoglycémiant

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?

Oui  Non

► Combien? \_\_\_\_\_

Date du dernier épisode : \_\_\_\_\_

(Année-Mois-Jour)

Si conducteur professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B) : Hémoglobine glyquée (HbA1c) : \_\_\_\_\_ %

**NON**

PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

## 8 TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Présence de troubles psychiatriques non contrôlés représentant un risque pour la conduite d'un véhicule routier

Diagnostic : \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle une autocritique et un jugement suffisant pour conduire un véhicule routier?  Oui  Non

Symptômes actuels : \_\_\_\_\_

Nombre de psychoses ou de manies aiguës dans les 12 derniers mois :

1  2 ou plus

Date de la dernière crise psychotique : \_\_\_\_\_

(Année-Mois-Jour)

La personne est inapte à conduire de façon sécuritaire un véhicule professionnel (classes 1, 2, 3, 4A, 4B)

► Précisez : \_\_\_\_\_

**NON**

PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

## 9 TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES

Présence d'un trouble de l'usage de substances (selon le DSM-5)

Type de substances :  Alcool  Drogues  Autres : \_\_\_\_\_

Degré de sévérité :  Léger (2-3 critères)  Modéré (4-5 critères)  Sévère (6 critères ou plus)

Date de début de la rémission : \_\_\_\_\_

(Année-Mois-Jour)

Précisez ses habitudes de consommation (fréquence et nombre de consommations/jour) :

► Avant la rémission : \_\_\_\_\_

► Depuis la rémission : \_\_\_\_\_

**NON**

PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

## 10 LIMITATION FONCTIONNELLE

Présence de limitation fonctionnelle pouvant présenter un risque ou avoir une incidence lors de la conduite

Limitation physique ► Quelles sont les atteintes? \_\_\_\_\_

Limitation cognitive ► Quelles sont les atteintes? \_\_\_\_\_

Limitation des AVQ et des AVD ► Précisez : \_\_\_\_\_

Présence d'un diagnostic de démence ► Causes : \_\_\_\_\_

► Sévérité : \_\_\_\_\_

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté une modification :

– du fonctionnement physique?  Oui  Non ► Précisez : \_\_\_\_\_

– du fonctionnement cognitif?  Oui  Non ► Précisez : \_\_\_\_\_

**NON**

PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE

Numéro de permis de conduire

\_\_\_\_\_

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

## 11 MÉDICATION COURANTE

NON

Prise de médicaments des classes suivantes :

Classe de médicaments	Nom du R <sub>x</sub>	Dose	Fréquence
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivants			
<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)			

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.)?

Oui  Non

Décrivez lesquels et leur sévérité :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PASSEZ  
À LA  
SECTION  
SUIVANTE

## 12 RECOMMANDATIONS

Croyez-vous pertinent que la Société exige que la personne subisse des évaluations complémentaires pour l'aptitude à conduire?

– Évaluation de la conduite sur route par un évaluateur de la Société :  Oui  Non

– Évaluation fonctionnelle de la conduite par un ergothérapeute :  Oui  Non

– Consultations spécialisées :  Oui  Non ► Si oui, précisez les spécialités : \_\_\_\_\_

La personne devrait-elle cesser de conduire en attendant de subir ces évaluations?  Oui  Non

## 13 DÉCRIREZ TOUTE SITUATION OU TOUT DIAGNOSTIC QUI LAISSE PRÉSAGER UN RISQUE POUR LA CONDUITE D'UN VÉHICULE ROUTIER

### RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

La personne est sous mes soins depuis : \_\_\_\_\_ ► Nombre de visites par année : \_\_\_\_\_

Sinon, les soins sont prodigués par : \_\_\_\_\_

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)	Profession	Numéro du permis d'exercice	
Adresse (numéro, rue, appartement)	Code postal	Téléphone (travail)	Poste
Ville, village ou municipalité	Signature	Date du rapport (A-M-J)	

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

### La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer les lois que la Société est chargée d'appliquer, notamment le *Code de la sécurité routière*, la *Loi sur l'assurance automobile* et la *Loi concernant le transport rémunéré de personnes par automobile*. La Société communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ces renseignements 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 [saaq.gouv.qc.ca](http://saaq.gouv.qc.ca) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.