



**PRÉFET
DES VOSGES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

COMMISSION MEDICALE DEPARTEMENTALE PRIMAIRE DES PERMIS DE CONDUIRE

Epinal,

EXAMENS MEDICAUX A EFFECTUER DANS LE LABORATOIRE DE VOTRE CHOIX

Attention : un délai de 10 jours peut être nécessaire pour recevoir les résultats

Le laboratoire exigera que vous présentiez une pièce d'identité lors de l'examen

PRESCRIPTION A CHOISIR SELON LE(S) MOTIF(S) DE L'INFRACTION

PRESCRIPTION 1 : ALCOOL

Bilan sanguin mentionnant :

GAMMA GT
Volume globulaire moyen
Triglycérides
CDT

PRESCRIPTION 2 : STUPEFIANTS

Test urinaire mentionnant :

TETRAHYDROCANNABINOL
OPIACES
COCAINE
AMPHETAMINES

PRESCRIPTION 3 : ALCOOL et STUPEFIANTS

Bilan sanguin mentionnant :

GAMMA GT
Volume globulaire moyen
Triglycéride
CDT

Test urinaire mentionnant :

TETRAHYDROCANNABINOL
OPIACES
COCAINE
AMPHETAMINES

LES RESULTATS DEVRONT ETRE TRANSMIS UNIQUEMENT A L'INTERESSE(E)

à apporter impérativement le jour de la visite médicale

QUESTIONNAIRE MEDICAL*

à remplir par l'usager avant le contrôle médical destiné exclusivement aux médecins de la commission médicale départementale des permis de conduire

NOM :

Prénom.....

né(e) le.....

Profession.....

Informations concernant mon permis de conduire

Catégories de permis détenus ou sollicités (entourer les catégories concernées)

Groupe léger : AM – A1 – A2 – A - B1 – B – BE

Groupe lourd: C1 – C - CE1 – CE – D1 – D – DE1 - DE

Motif de votre passage devant la commission médicale

une ou plusieurs infractions liée(s) à l'usage d'alcool ou stupéfiants:

suspension

renouvellement (2ème visite)

invalidation (solde nul)

annulation judiciaire

Autres:

Motif de l'infraction (si c'est le cas)

conduite sous l'emprise de boissons alcoolisées

conduite sous l'emprise de drogues

Informations concernant ma santé

1 - Je suis titulaire d'une pension d'invalidité : Je suis reconnu travailleur handicapé :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 - Ai-je été en arrêt de travail de plus de 1 mois consécutif au cours des 5 dernières années ? Si oui, pour quels motifs ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 - Est-ce que je suis suivi(e) régulièrement par mon médecin traitant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 - Est-ce que j'ai consulté ? Mon médecin traitant plus de 4 fois au cours des 12 derniers mois ? Un médecin spécialiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5 - Est-ce que j'ai été hospitalisé et/ou opéré au cours des 5 dernières années ? Si oui pour quel motif ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6 - Est-ce que je prends des médicaments chaque jour ? Si oui lesquels :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7 - Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant ? (accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, problèmes pour lire les panneaux, difficultés pour apprécier les vitesses ou les distances, malaise au volant, me trompe souvent de route, suis gênée dans l'exécution de certaines manœuvres, etc...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8 - Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9 - A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ? (vin, bière, cidre, apéritif, alcools forts, etc...)	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine

10 - Je bois combien de verres au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool nombre de verres (taille standard = dose débit de boissons)	Nombre de verres :
11 - Est-ce que je consomme, même occasionnellement des drogues illicites telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne, etc...	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
12 - Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou autres drogues ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
13 - Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériels ou de tension ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
14 - Ai-je un pace-maker, un défibrillateur implanté, des stents ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
15 - Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
16 - Ai-je parfois des vertiges ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
17 - Ai-je des trous de mémoires, oublis fréquents, difficultés à me concentrer ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
18 - Ai-je des difficultés de sommeil ? (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
19 - M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant ou dans d'autres circonstances non appropriées ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
20 - Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires ? (oxygène, masque pour la nuit, autres...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
21 - Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
22 - Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ? Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui ?(maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de mémoires ou autres...) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
23 - Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien? Si oui y a-t-il des conséquences aujourd'hui ? (maux de tête, vertiges, troubles de mémoire ou autres)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
24 - Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
25 - Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ? Si oui date de la dernière crise :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
26 - Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
27 - Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre ? (hypoglycémies)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
28 - Autres problèmes médicaux ? Si oui, merci de préciser lesquels :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Remarques :

J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à

Signature

Le