

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT

Numéro de dossier: <<cgk_edpb_employeenumber>>

Le candidat à l'obtention d'un certificat d'aptitude à la conduite pour le permis de conduire du groupe 2 doit compléter ce formulaire et l'apporter au jour de son examen médical.

Toutes les informations fournies sont strictement confidentielles et soumis au secret professionnel médical.

NOM														
PRÉNOM														
RUE								N°				BOÎTE		
CODE POSTAL					LIEU									
N° DE REGISTRE NATIONAL				.			.							
DATE DE NAISSANCE			/			/								(JJ/MM/AN)
LIEU DE NAISSANCE														

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
 (*)

(*) Cochez la bonne catégorie.

		Oui	Non
1.	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une affection du système nerveux central ou périphérique, un 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 affectation des réactions psychomotrices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour une aliénation ou une affectation 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 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"/>
7.	Avez-vous subi une opération cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Etes-vous ou avez-vous été en traitement pour le diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Etes-vous privé de l'usage d'un bras, d'une main et/ou doigts, d'une jambe et/ou d'un pied ou des articulations correspondantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Réservé pour le personnel
médical de CLB EDPB*

- Attaque d'apoplexie
- Epilepsie
 - Médication
 - 5 années sans attaque
- Vertige
- Troubles de l'équilibre
- Hypertension
- Infarctus
- Angina Pectoris
- Insuffisance cardiaque chronique
- Cardiomyopathie
- Pathologie cardiaque congénitale
- Valvulopathie
- Trouble du rythme cardiaque
- Pacemaker/Défibrillateur
- Diabète sucré
 - Type I
 - Type II
 - Insuline
 - Médicaments hypoglycémifiants
- Endocrinologue
- Médecin généraliste
- Trouble fonctionnelle
- CARA

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT

Numéro de dossier: <<cgk_edpb_employeenumber>>

		Oui	Non			
10.	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"/>	<p><i>Réservé pour le personnel médical de CLB EDPB</i></p> <p><input type="checkbox"/> Transplantation d'organe</p> <p><input type="checkbox"/> Implant artificiel</p> <p><input type="checkbox"/> CARA</p> <p><input type="checkbox"/> Myope</p> <p><input type="checkbox"/> Presbyte</p> <p><input type="checkbox"/> Astigmatisme</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes (<+8D)</p> <p><input type="checkbox"/> Lentilles de contact</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement laser</p> <p><input type="checkbox"/> Substances psychotropes</p> <p><input type="checkbox"/> Alcool</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique</p> <p><input type="checkbox"/> Narcolepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Apnée du sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> CPAP</p> <p>Epworth Sleepiness Scale</p> <p style="text-align: right;"><10</p> <p style="text-align: right;">>10</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
11.	Etes-vous ou avez-vous été en traitement chez un ophtalmologue pour une maladie des yeux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12.	Avez-vous subi une opération aux yeux ou un traitement au laser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13.	Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14.	Votre vision, son acuité et/ou votre champ visuel est-il atteint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15.	Votre vision crépusculaire ou dans l'obscurité est-elle réduite ou insuffisante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16.	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"/>			
17.	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"/>			
18.	Souffrez-vous d'une affection au foie ou aux reins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19.	Souffrez-vous d'apnée du sommeil ou avez-vous été traité pour l'apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20.	Ronflez-vous bruyamment pendant votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21.	Etes-vous anormalement fatigué ou éprouvez-vous l'envie de dormir pendant la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Si affirmative, quel est le degré de probabilité de s'assoupir ou de s'endormir dans les cas suivants? Ça comprend non seulement la fatigue, mais bien le sens d'être endormi. Vos réponses se réfèrent à votre situation actuelle. Encerclez le chiffre qui indique le degré de probabilité que vous vous assoupirez ou vous vous endormez. (0 = jamais, 1 = peu probable, 2 = assez probable, 3 = très probable)					
	- pendant que vous lisez être assis	jamais	peu probable		assez probable	très probable
	- pendant que vous regardez la télé être assis	0	1		2	3
	- pendant une détente passive (lire, regarder la télé, théâtre,..) ou une réunion	0	1		2	3
	- comme passager dans un véhicule pendant une heure sans interruption	0	1		2	3
	- quand vous faites la sieste en après-midi si possible	0	1		2	3
	- quand vous tenez un conversation être assis	0	1		2	3
	- après le repas de midi être assis et sans avoir bu de l'alcool	0	1		2	3
	- être assis dans la voiture et attendant pendant quelques minutes (p.ex. 5 minutes en embouteillage)	0	1		2	3

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: (JJ/MM/AN)

Signature du candidat:

Les données collectées à l'aide de ce formulaire, conformément aux dispositions de l'arrête 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 CLB EDPB vzw, Industrieterrein Kolmen 1085 - 3570 Alken. Si vous désirez prendre connaissance des données qui vous concernent et demander, le cas échéant, la rectification de celles-ci, adressez-vous à CLB EDPB vzw, Industrieterrein Kolmen 1085 - 3570 Alken - T 011 59 83 50 - F 011 69 37 00