

Veillez remplir le présent formulaire si vous demandez une preuve d'aptitude physique afin de respecter l'exigence de la Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA).

Le Ministère vous demande de faire remplir le présent formulaire par un médecin ou une infirmière praticienne qui connaît votre condition médicale. Pour ce faire, le médecin ou l'infirmière praticienne pourrait devoir effectuer une évaluation médicale ou utiliser des renseignements qui ont été versés à votre dossier médical au cours des 3 derniers mois.

Pour éviter tout retard dans l'examen de votre dossier, répondez complètement à toutes les questions. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <http://www.mto.gov.on.ca/french/safety/medical-review.shtml>.

Télécopiez le formulaire dûment rempli au 416 235-3400 ou au 1 800 304-7889. Indiquez clairement ce qui suit sur la feuille couverture de la télécopie : « **Demande de lettre de confirmation médicale pour un titulaire de permis de conduire de catégorie G ou de catégorie D conduisant un véhicule utilitaire aux États-Unis.** ». Vous devriez conserver une copie du rapport médical et de la confirmation télécopiée dans vos dossiers.

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont recueillis en vertu du règlement 340/94 de l'Ontario pris en application de l'article 15 du *Code de la route* de l'Ontario et servent à évaluer l'aptitude médicale à conduire un véhicule à moteur. Demandes de renseignements : Ministère des Transports, Bureau de perfectionnement en conduite automobile, Section d'étude des dossiers médicaux, 77, rue Wellesley Ouest, C.P. 589, Toronto ON M7A 1N3. Téléphone : 416-235-1773 ou 1-800-268-1481.

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Renseignements sur le conducteur

Numéro de permis de conduire*			Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
Nom de famille		Prénom		Initiale
Adresse				
Numéro d'unité	Numéro de rue	Nom de rue		Case postal
Ville ou village			Province	Code postal

Attestation du de la conducteur(trice) et divulgation des renseignements

J'atteste par la présente que, pour autant que je le sache, les renseignements suivants sont exacts et je consens à ce que ce rapport et tout autre rapport ultérieur relatif à cet examen ne soient remis qu'au ministère des Transports.

Les frais encourus pour faire exécuter tout examen et remplir le présent formulaire par un médecin ou un autre fournisseur de soins de santé ne sont pas remboursés par le régime d'assurance-santé de l'Ontario; le Ministère n'en est pas responsable et vous devez les payer.

Téléphone au travail	Téléphone à domicile	Signature du/de la conducteur(trice)	Date (aaaa/mm/jj)
----------------------	----------------------	--------------------------------------	-------------------

Antécédents médicaux

Section devant être remplie au complet par le médecin qui effectue l'examen, le médecin spécialiste ou l'infirmier(ère) praticien(ne). Les réponses **affirmatives** doivent être expliquées au verso dans la section Détails sur les antécédents.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Maladies touchant les sens (surdité, vertige, défaillances visuelles, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Maladies cardio-vasculaires (insuffisances cardiaques, angine, infarctus, embolie, arythmie, syncope, chirurgie, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Maladies touchant le système musculo-squelettique (fracture(s) ou amputation, arthrite, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Maladies touchant le métabolisme (diabète (+) (-), hypoglycémie, thyroïde, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Troubles psychiatriques (psychonévrose, psychose, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Dépendances (alcool, sédatifs, tranquillisants, stupéfiants, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Autres maladies (voiles noirs, évanouissements, anémie, cancer, troubles du sommeil, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Maladies neurologiques (crises, maladies cérébro-vasculaires, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, démence, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Date de la plus récente crise (aaaa/mm/jj)	Date de l'examen (aaaa/mm/jj)
--	-------------------------------

Détails sur les antécédents

1. Yeux

Yeux	Acuité sans verre correcteur	Acuité avec verres correcteurs	Champ de vision horizontal
Droit	20/	20/	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Restreint
Gauche	20/	20/	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Restreint
Les deux yeux ensemble	20/	20/	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Restreint

2. Ouïe

Norme du Code de la route pour les catégories B, C, E, F; perte d'audition avec l'oreille dominante avec ou sans appareil auditif, sans dépasser 40 décibels à 500, 1 000 et 2 000 hertz. Les titulaires de permis de catégorie A et D doivent satisfaire aux exigences s'ils conduisent aux États-Unis; perte d'audition avec l'oreille dominante avec ou sans appareil auditif, sans dépasser 40 décibels en moyenne à 500, 1 000 et 2 000 hertz.

Est-ce que l'ouïe satisfait aux normes? Oui Non Des appareils auditifs sont-ils requis? Oui Non

3. Coeur	Fréquence apicale	Souffles	Rythme	P.S.
----------	-------------------	----------	--------	------

4. Locomotion	Membres supérieurs	Membres inférieurs	Cou et région lombaire
---------------	--------------------	--------------------	------------------------

5. Poitrine / Abdomen

6. Voies urinaires	Protéine urinaire	Glucose
--------------------	-------------------	---------

7. Diabète Oui Non

Type | Traitement Régime seulement Insuline – dose quotidienne _____
 Médicaments pris par voie orale - dose quotidienne _____

8. Hypoglycémie

Le patient a-t-il eu un épisode déclaré d'hypoglycémie grave nécessitant une intervention d'une autre personne au cours des six derniers mois?

Oui Non

Perte de conscience?

Perte des facultés cognitives, etc.

9. Affections neurologiques	Démarche et position	Réflexes	Tremblement	Coordination
-----------------------------	----------------------	----------	-------------	--------------

10. Signe de trouble émotionnel

Instabilité Oui Non Névrose Oui Non Psychose Oui Non

11. Dépendances. Si vous avez répondu « oui » à la question 7 au recto, veuillez préciser :

Période d'abstinence	Alcoolisme	Toxicomanie
< 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 à < 12 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 12 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Détails sur les antécédents et résumé (autres commentaires ou renseignements à prendre en considération, p. ex., diagnostic, pronostic, traitement, date de fin de la maladie, etc.)

Déclaration et signature du médecin/de l'infirmière praticienne

Son médecin de famille ou son médecin traitant, ou les deux Son infirmière praticienne

Un spécialiste (indiquez votre spécialité) _____

Depuis combien de temps soignez-vous cette personne?

Nom du médecin ou de l'infirmier praticien

Nom de famille

Prénom

Initiale

Adresse			
Numéro d'unité	Numéro de rue	Nom de rue	Case postal
Ville ou village		Province	Code postal
Signature			Date (aaaa/mm/jj)

FMCSA