

Version décembre 2020

**Demande d'évaluation de l'Aptitude à la conduite**  
**QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Avant toute convocation, ce document est à compléter par le candidat à l'évaluation et son/ses médecin(s).



**NOM-PRÉNOM DU CANDIDAT :** .....

**DATE :** .....

**CACHET MÉDECIN(S) :**

*TABLE DES MATIÈRES*

*1. Présentation du DAC de l'AWSR*  
*Législation (p. 2)*

*2. Déroulement de la procédure d'évaluation de l'aptitude à la conduite (p. 2)*

*3. Consentement sur la récolte de vos données personnelles*  
*Document à signer (p. 3-4)*

*4. Questionnaire médical (p. 5)*

*PARTIE A - Fiche personnelle (à compléter par le candidat uniquement)*

*PARTIE B - Fiche médicale (à compléter par le candidat ET le(s) médecin(s))*

*PARTIE C - Dossier médical (à compléter par le(s) médecin(s) :*

*Uniquement la/les partie(s) concernée(s))*

**A renvoyer complété avec une copie recto-verso**  
**de votre permis de conduire si vous en avez un :**

Chaussée de Liège, 654C

5100 Jambes

OU

[dac@awsr.be](mailto:dac@awsr.be)

(Uniquement en version PDF)

**SVP ne pas plier ce dossier – Ne pas ajouter d'agrafes**

## *Présentation du département d'Aptitude à la conduite (DAC)*

Le Département d'Aptitude à la Conduite (DAC) de l'Agence wallonne pour la Sécurité routière (AWSR) a pour mission d'évaluer et de déterminer l'aptitude à conduire de citoyens candidats au/détenteurs d'un permis de conduire qui, suite à une affection médicale, une maladie (congénitale ou acquise) ou un accident de la vie, présentent une diminution de leurs aptitudes fonctionnelles pouvant influencer une conduite en toute sécurité. Il s'agit de troubles d'ordre cognitif, locomoteur, psychique et/ou sensoriel, par exemple des problèmes d'attention, de paralysie, d'endormissement, de vision...

En effet, tout (futur) conducteur d'un véhicule motorisé doit satisfaire aux normes médicales minimales reprises et fixées dans l'annexe 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire et qui sont décrites dans le questionnaire ci-dessous. Tout (futur) conducteur d'un véhicule motorisé doit également satisfaire aux normes visuelles, en concertation avec un ophtalmologue. Ces normes s'appliquent tant aux candidats au permis de conduire du groupe 1 (conduite à titre privé – catégories AM (cyclo), A1, A2, A (moto), B (voiture), BE (voiture + remorque lourde) et G (tracteur)) qu'aux candidats au permis du groupe 2 (conduite à titre professionnel (camion, bus, taxi...)).

C'est essentiellement sur base volontaire ou suite à un avis médical que les personnes demandent une évaluation d'aptitude à la conduite.

Le DAC détermine, si nécessaire, les adaptations à apporter au véhicule et fixe les conditions et restrictions éventuelles à la conduite.

### *Déroulement de la procédure d'évaluation de l'aptitude à la conduite*

Tout d'abord, le DAC vous invite à compléter la **partie A** (fiche personnelle) et la **partie B** (fiche médicale) de ce questionnaire et de faire compléter la partie B et la partie C (dossier médical : **uniquement les parties qui vous concernent**) par votre/vos médecin(s). Les données ainsi récoltées constituent le point de départ permettant à l'équipe pluridisciplinaire du DAC, composée de médecins, neuropsychologues et ergothérapeutes experts en aptitude à la conduite d'analyser votre situation médicale et de vous convoquer par écrit, soit :

- Dans une des antennes provinciales **pour un test de conduite pratique**. Celui-ci s'effectue à l'aide d'un véhicule muni de différents types d'adaptations qui sont installées en fonction de vos besoins. Ce test de conduite permet aux experts de constater, par une mise en situation réelle, si les troubles médicaux influencent votre conduite d'un véhicule et si oui, quelles solutions possibles peuvent être apportées pour maintenir ou atteindre une liberté de déplacement et mobilité en toute sécurité.
- L'équipe estime qu'un examen neuropsychologique et/ou médical complémentaire est nécessaire, auquel cas votre rendez-vous est fixé dans les bureaux de l'AWSR à Jambes.

### **Quelle décision en découle ?**

L'évaluation médicale et fonctionnelle permet au DAC d'émettre une décision concernant votre aptitude à conduire.

**Une décision favorable** peut s'accompagner de l'aménagement de votre poste de conduite (pompeau sur le volant, siège adapté, accélérateur/frein manuels...) et l'adaptation de votre mode de conduite et/ou

l'application de mesures conditionnelles spécifiques à votre situation (ne pas conduire en soirée, conduire dans un rayon de x km...).

**Une décision défavorable** n'est émise que lorsque votre situation médicale ne satisfait pas ou plus aux normes requises ou qu'aucune solution n'est suffisante pour vous permettre une conduite sécurisée.

La décision prise concerne bien entendu le moment de vie au cours duquel l'évaluation est effectuée, mais peut faire l'objet d'une autre décision en cas d'évolution médicale ou d'apparition d'une nouvelle problématique.

**Vous devez ensuite communiquer la décision émise par le DAC, sous forme d'une attestation, à votre administration communale.** Celle-ci est compétente pour la délivrance ou la restitution du permis de conduire si, comme le prévoit la loi, vous lui avez rendu ce dernier endéans les 4 jours après avoir pris connaissance que vous souffrez d'une affection susceptible d'influencer la conduite d'un véhicule.

Si des aménagements doivent être apportés à votre véhicule, une fiche technique vous sera remise afin de la transmettre à la société d'adaptation que vous aurez choisie et à l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ).

Si vous avez la moindre question, l'équipe du DAC est à votre disposition :

081/140 400 ou [dac@awsr.be](mailto:dac@awsr.be).

### *Consentement sur la récolte de vos données personnelles*

Le département d'Aptitude à la conduite (ci-après « le DAC ») a pour finalité de déterminer l'aptitude à la conduite des personnes présentant un trouble fonctionnel. A cette fin, le DAC collecte vos données à caractère personnel et sensibles relatives à votre santé. **Par la signature de ce formulaire, vous marquez explicitement votre consentement pour la collecte et le traitement de vos données personnelles et médicales en lien avec la finalité reprise ci-dessus.**

Vos données personnelles (nom, prénom, date et lieu de naissance, profession, adresse, téléphone et mail), les informations sur votre situation au niveau de la conduite (permis de conduire) et votre historique routier, les coordonnées de votre médecin généraliste, ainsi que les données médicales reprises dans notre formulaire sont collectées et traitées pour constituer votre dossier « candidat », pour statuer sur votre aptitude à la conduite, et pour vous contacter.

Conformément à l'article 45 de l'AR du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire et modifié par l'AGW du 20 juillet 2017, l'arrêté ministériel du 21 décembre 2018 désigne l'AWSR comme centre agréé pour évaluer l'aptitude des conducteurs sur le territoire wallon. L'AWSR a donc l'autorisation de collecter et traiter les informations nécessaires à l'évaluation de l'aptitude à la conduite en Wallonie. Sans ces informations, elle est dans l'impossibilité d'exécuter sa mission d'évaluation.

Vos données médicales sont traitées avec la plus grande discrétion par les membres du personnel du DAC et peuvent être communiquées au(x) médecin(s) intervenant dans le cadre du dossier de votre évaluation d'aptitude à la conduite. Vos données personnelles (vos coordonnées et la décision prise par les experts de l'aptitude à la conduite), également traitées par les membres du personnel du DAC peuvent être communiquées au(x) médecin(s) intervenant dans le cadre de votre dossier d'évaluation d'aptitude à la conduite, aux agents communaux délivrant ou restituant votre permis de conduire, aux professionnels

qui adapteront votre véhicule, de même qu'aux membres du personnel de l'AVIQ. Toutes les données collectées sont sauvegardées sur un serveur sécurisé hébergé par un sous-traitant. Celui-ci est lié par une clause contractuelle spécifique régissant toute opération de traitement de vos données pour le compte de l'AWSR, ainsi que pour les obligations de confidentialité figurant dans les textes transposant la directive 95/46/CE.

Les données à caractère personnel dont celles relatives à la santé sont conservées pour une durée maximum de 10 ans après le dernier contact avec vous.

À tout moment, vous pouvez demander à connaître les données récoltées par le DAC vous concernant, et à ce qu'elles soient modifiées/rectifiées ou supprimées sans que cela ne porte préjudice à la validité du traitement de données effectué sur la base du consentement donné avant ce retrait. En cas de retrait du consentement, le DAC ne peut garantir l'évaluation de votre aptitude à la conduite.

Comment ces données sont-elles protégées ?

Le DAC est un département de l'Agence wallonne pour la Sécurité routière (ci-après « l'AWSR »). En vertu de son obligation de moyens, l'AWSR prend, compte tenu de l'état de la technique, des mesures organisationnelles et techniques appropriées pour préserver la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données personnelles, pour empêcher notamment qu'elles ne soient déformées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Les données personnelles sont stockées dans une base de données spécifique sécurisée avec mot de passe. Seul le personnel du DAC y a accès.

L'AWSR dispose d'un plan de protection logique qui se base sur :

- a. Un pare-feu interne et un logiciel antivirus
- b. Une gestion formalisée des droits d'accès basée sur les fonctions et les responsabilités.

Des moyens de sauvegarde redondants permettent en tout temps d'assurer la continuité de nos services, sans interruption ni perte de données.

Des dispositions relatives au secret professionnel et à la protection de la vie privée sont reprises dans le règlement de travail de l'AWSR. Les locaux où se trouvent les ordinateurs et le serveur sont physiquement protégés de toute intrusion. Les machines elles-mêmes sont physiquement cadenassées.

Un délégué à la protection des données a été désigné.

En cas de fuite des données (destruction, perte, altération, divulgation non autorisée, ...) pouvant porter atteinte à vos droits et libertés, vous en serez informé(e) dans les meilleurs délais possibles et l'AWSR s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'y remédier. Les coordonnées d'une personne de contact, des informations sur la nature de la fuite et ses conséquences ainsi que sur les mesures prises pour y mettre fin seront communiquées.

Pour toute question relative au traitement et à la protection des données personnelles, un email peut être adressé au Data Protection Officer à l'adresse suivante : [dpo@awsr.be](mailto:dpo@awsr.be).

S'il existe un désaccord, un recours peut être introduit auprès de l'Autorité de protection des données, rue de la presse 35, 1000 Bruxelles.

Pour accord,

Fait à.....le.....

Votre signature (avec la mention « lu et approuvé »)



- Votre démarche est-elle conseillée par / à la demande de :
  - Votre médecin : si oui, quelle est sa spécialité ?  
.....
  - Un centre de revalidation/hospitalier : si oui, lequel ?  
.....
  - Votre courtier/compagnie d'assurances : si oui, laquelle ?  
.....
  - Votre entourage
  - Votre employeur
  - MEDEX/ médecine du travail : si oui, laquelle ?  
.....
  - Une autorité judiciaire : si oui, laquelle (police, procureur du Roi, juge...) ?  
.....
  - Un centre de réintégration dans le droit de conduire (après déchéance) ? Si oui, précisez : .....
  - Autre (précisez) : .....
  
- Quelles est la nature de votre demande :
  - Un changement de mon état de santé
  - La prolongation de la durée de validité de mon permis de conduire
  - Une aggravation de mon état de santé m'obligeant à demander un rdv avant l'expiration de mon permis de conduire
  - Autre : .....
  
- Pour quel(s) type(s) de véhicule(s) **souhaitez-vous être évalué(e)** ?
  - AM : cyclomoteur léger/scooteur/voiture sans permis
  - A : moto
  - B : voiture
  - BE : voiture + remorque (MMA > 750kg)
  - G : tracteur
  - Groupe 2 : A - B - C - CE - DE - G

Attention : la demande d'une évaluation pour un permis du groupe 2 (professionnel) doit se faire auprès d'un service compétent habilité à statuer sur votre aptitude à la conduite à titre professionnel, tel que MEDEX ou un centre médical du travail agréé. **Il est donc impératif de consulter, au préalable, le médecin du travail compétent** (renseignez-vous auprès de votre employeur) qui vous renverra au DAC si nécessaire.

### 3. **Permis de conduire** (Cochez le(s) point(s) qui vous concerne(nt))

Ajouter une copie de votre permis de conduire peut permettre un traitement de votre dossier plus rapide

- Possédez-vous un permis de conduire ?
  - Non, pas encore
  - Oui, provisoire (en apprentissage) jusque.....
  - Oui, depuis le.....(durée illimitée / limitée jusqu'au.....)
  - Pour les catégories : AM - A - B - BE - C - CE - DE - G
  - Oui, mais je suis déchu du droit de conduire depuis.....
    - Si vous êtes déchu, êtes-vous dans une procédure de réhabilitation ?
      - Oui  Non, si oui, auprès de quel organisme ?  
.....



## Suite de la procédure

Vous serez prochainement averti de la date de votre convocation par un courrier postal.

Si un bilan neuropsychologique ou médical est nécessaire, le rendez-vous sera fixé automatiquement au DAC à Jambes (chaussée de Liège, 654C).

**Le test pratique** peut quant à lui être fixé dans l'une de nos antennes provinciales où nous nous rendons en moyenne une à deux fois par mois.

Veuillez indiquer ci-dessous vos préférences et nous en tiendrons compte dans la mesure du possible.

Lorsque vous recevrez votre/vos convocation(s), **il est impératif de nous prévenir rapidement si vous êtes dans l'incapacité de vous y rendre** afin de libérer la place pour une autre personne.

Préférence(s) de lieu de rendez-vous :

Brabant wallon	Clinique du Bois de la Pierre à Wavre	
	Centres Hospitaliers Jolimont ASBL - site de Nivelles	
Namur	Clinique de Mont-Godinne	
	DAC (département d'aptitude à la conduite) de Jambes	
Hainaut	Centre d'examen du permis de conduire de Braine-le-Comte	
	Centre Hospitalier EpiCURA – site de Frameries	
	CHU de Charleroi - site Léonard de Vinci	
	Grand Hôpital de Charleroi – site Reine Fabiola	
	Centres Hospitaliers Jolimont ASBL - site de La Louvière	
Liège	Centre d'examen du permis de conduire d'Eupen	
	Centre d'examen du permis de conduire de Huy-Tihange	
	Centre d'examen du permis de conduire de Wandre	
	CHU de Liège - site Ourthe-Amblève à Esneux	
	Centre Hospitalier de Peltzer à Verviers	
	Citadelle - site Château Rouge à Herstal	
	Centre Neurologique et de réadaptation fonctionnelle de Fraiture-en-Cdz	
Luxembourg	Centre d'examen du permis de conduire de Marche-en-Famenne	
	Centre d'examen du permis de conduire de Weyler	



Ce questionnaire a été réalisé sur base de l'annexe 6 « Normes minimales et attestations concernant l'aptitude physique et psychique à la conduite d'un véhicule à moteur » de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire (disponible sur notre site [www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be)).

- Répondez à la question « *Souffrez-vous ou avez-vous souffert* » pour chacun des items ci-dessous : (Cochez « oui » ou « non »)
- Le médecin doit également détailler, dans la partie C, les points pour lesquels il a répondu « oui » au moins une fois dans le questionnaire ci-dessous. Le médecin peut également joindre un rapport médical en lien avec le chapitre.  
(Référez-vous au numéro de page précisé à chaque point (type d'affection)).

	Candidat	Médecin
<b>1. D'affections neurologiques</b> (Page 12)		
▪ Lésion ou affection du système nerveux central ? (cerveau et/ou moelle épinière)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Lésion ou affection du système nerveux périphérique (membres) ? (sensitif et/ou moteur)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Maladie neurologique évolutive ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Troubles cognitifs ? (perception, attention, concentration, jugement, vitesse de réaction, orientation spatio-temporelle, héminégligence...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Troubles du comportement ? (dysfonctionnement du comportement habituel, apathie, impulsivité, troubles alimentaires...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>2. D'affections psychiques</b> (Page 15)		
▪ Troubles psychiques ou nerveux ? (dépression, schizophrénie, psychose, troubles bipolaires, hallucinations...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>3. D'épilepsie</b> (Page 17)		
▪ Épilepsie ? (Crises dans les 5 dernières années)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Une seule crise d'épilepsie provoquée par un facteur explicable ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>4. De somnolence pathologique</b> (Page 20)		
▪ Fatigue anormale, excessive voire somnolence durant la journée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Syndrome d'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Narcolepsie et/ou cataplexie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>5. De troubles locomoteurs</b> (Page 22)		
▪ Diminution de la force musculaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Diminution ou perte de la mobilité articulaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Troubles de la coordination ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Troubles de la sensibilité superficielle ou profonde ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Paralysie partielle ou totale d'un ou plusieurs membre(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Absence/amputation d'un ou plusieurs membre(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Diminution ou perte de la mobilité du rachis (cervical/dorsal/lombaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>6. D'affections du système cardio-vasculaire</b> (Page 23)		
▪ Troubles de la tension ou maladie artérielle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Maladie cardiaque ? ( <i>infarctus, insuffisance cardiaque, arythmie, malformation, myocardite...</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Êtes-vous porteur d'un stimulateur ou défibrillateur cardiaque ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>7. De diabète</b> (Page 25)		
▪ Diabète sucré ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Risques significatifs d'hyper- ou hypoglycémie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Traité par injections d'insuline ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>8. D'affection de l'audition et du système vestibulaire</b> (Page 27)		
▪ Pertes d'équilibre ou vertiges ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>9. D'affection oculaire</b> (Page 29)		
▪ Pour laquelle vous portez des lunettes de correction de loin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Pour laquelle vous êtes en traitement (cataracte, DMLA...)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Mauvaise vue (voilée, floue, double) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Diminution ou perte partielle du champ visuel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Vision réduite ou inexistante dans l'obscurité et/ou d'éblouissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>10. D'un état de dépendance à l'alcool, aux substances psychotropes et/ou médicaments</b> (Page 33)		
▪ Consommation excessive de drogues, narcotiques, stimulants ou médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Etat de dépendance vis-à-vis de l'alcool ou d'autres substances ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>11. D'affections des reins et du foie</b> (Page 36)		
▪ Affection rénale ou hépatique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Êtes-vous sous dialyse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>12. Questions sur les implants</b> (Page 38)		
▪ Avez-vous subi une transplantation d'organe(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▪ Êtes-vous porteur d'un matériel implanté ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>13. Questions sur les médicaments</b>		
▪ Prenez-vous des médicaments au quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Uniquement rép. du candidat
Si oui lesquels ? .....		
.....		
.....		
<b>14. D'une autre affection non reprise dans cette liste ?</b>		
Si oui laquelle ? .....		
.....		
.....		

Je soussigné(e), déclare que les informations transmises sont exactes et complètes.

CANDIDAT	MEDECIN (*)
Date : Signature :	Date : Nom + Adresse + Numéro INAMI (cachet) :  Signature :

(\*) Docteur, si vous désirez une copie de la décision prise par le DAC, veuillez le spécifier ici :

.....

L'objectif de cette partie est d'obtenir un aperçu clair de la situation médicale **actuelle** de votre patient.

## 1. AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

Diagnostic principal + date :

--

Diagnostic(s) complémentaire(s) :

--

Étiologie :

--

Coma : *OUI* – *NON*

- Gravité du coma :
- Durée du coma :
- Durée de l'amnésie post-traumatique :

Situation fonctionnelle actuelle :

	Force /5*	Sens. Sup N / ↓ / ↓↓ / 0	Sens. Prof N / ↓ / ↓↓ / 0	Mobilité N / ↓ / ↓↓ / 0	Tonus N / ↑ / ↓	Coordination N / ↓ / ↓↓	Clonus Oui/Non
M. sup G							
M. sup D							
M. inf G							
M. inf D							

\* 0 : aucune contraction musculaire / 1 : contraction musculaire sans mouvement  
 2 : mouvement sans pesanteur / 3 : mouvement réalisé de manière complète contre pesanteur  
 4 : mouvement contre résistance / 5 : force musculaire normale

Précisions si nécessaire sur le testing ci-dessus : .....

.....

<b>Troubles (neuro-)visuels associés : <i>OUI</i> - <i>NON</i></b>
Si <i>OUI</i> , précisez :

<b>Troubles cognitifs associés : <i>OUI</i> - <i>NON</i></b>
Si <i>OUI</i> , précisez :

<b>Présence de troubles du comportement, du jugement ou de l'humeur : <i>OUI</i> - <i>NON</i></b>
Si <i>OUI</i> , précisez :

<b>Conscience du candidat face à sa pathologie : <i>OUI</i> - <i>NON</i></b>
Si <i>NON</i> , précisez :

<b>Traitements / médication :</b>
.....
.....
.....
Compliance du patient au traitement : <i>OUI</i> – <i>NON</i>
L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <i>OUI</i> - <i>NON</i>

<b>En cas d'affection neurologique évolutive (SEP, Parkinson, démence...), la maladie semble-t-elle avoir progressé depuis 1an ou depuis la dernière visite au DAC ou apparait-elle relative stable (sur un pallier) ?</b>

**En cas d'affection neurologique acquise non évolutive (trauma crânien, AVC), les séquelles apparaissent-elles à ce jour stabilisées ou évoluent-elles encore ?**

**Nécessité d'un examen neuropsychologique : OUI- NON**

Si un bilan récent a déjà été réalisé, merci de l'annexer

**Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be))**

**Positif - Réserve - Négatif**

+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?

Motivations : .....

.....

.....

.....

Durée proposée : .....

Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41

<b>Nom et adresse du neurologue</b>	<b>Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie</b>
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

2. AFFECTIONS PSYCHIQUES

<b>Diagnostic et date :</b>

<b>Étiologie :</b>

<b>Classification de la maladie au DSM IV / DSM-5 ou ICD-10 :</b>

<b>Situation médicale actuelle :</b>
Précisez : ..... ..... .....
➤ Stable depuis 6 mois : <b>OUI – NON</b>
➤ En cas de schizophrénie : absence de récurrence depuis au moins 2 ans ? <b>OUI - NON</b>
➤ Présence encore actuellement de troubles du comportement, de jugement, d'adaptation ou de perception susceptibles d'être à l'origine d'un comportement inadapté ou imprévisible au volant, ou d'une prise de risque exagérée au volant (impulsif, agressif) et/ou de perturber les réactions psychomotrices du conducteur : <b>OUI– NON</b>
Précisez : ..... .....

<b>Traitements / médication :</b>
..... ..... .....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b>
L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI– NON</b>
Si <u>OUI</u> , le patient en connaît-il les risques et les précautions à prendre ? <b>OUI – NON</b>

<b>Conscience du candidat face à ses troubles : OUI - NON</b>
Si NON, précisez :

<b>Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?</b>

<b>Internement / Situation d'admission forcée / Sous contrat post cure obligatoire / Minorité prolongée :</b>
Statut actuel : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....

<b>Désignation d'un administrateur de bien et/ou de la personne : OUI - NON</b>
Si OUI, précisez :

<b>Nécessité d'un examen neuropsychologique : OUI - NON</b>
Si un rapport psychiatrique et/ou psychologique récent a été réalisé, merci de l'annexer

<b>Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi <a href="http://www.testaptitudeconduite.be">www.testaptitudeconduite.be</a></b>
<b>Positif - Réserve - Négatif</b>
+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?
Motivations : .....
.....
Durée proposée : .....
Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41

<b>Nom et adresse du psychiatre</b>	<b>Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie</b>
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)



### 3. ÉPILEPSIE

Diagnostic et date :

Étiologie :

Date de la première crise et de la dernière crise :

Première : ..... Dernière : .....

Type de crise (veuillez cocher) :

- Généralisée
- Partielle simple
- Partielle complexe
- Secondairement généralisée
- Absences

Autres : .....

Fréquence :

Si crise unique, la cause est-elle connue ?

Si OUI, précisez :

La dernière crise est-elle liée :

- À une diminution de l'antiépileptique : **OUI – NON**  
À une modification de l'antiépileptique : **OUI – NON**  
Autre cause connue : .....
- Quelles ont été les mesures prises après la crise ?
- Retour au traitement précédent : **OUI – NON**
  - Autre traitement que le traitement précédent : **OUI – NON**  
Lequel : .....

Persistence de crises d'épilepsie partielle simple sans altération de la conscience ni impact sur l'habilité à conduire et ce, sans autres crises d'épilepsie depuis au moins 1 an : *OUI - NON*

Persistence de crises d'épilepsie mais uniquement durant le sommeil et sans autres crises diurnes depuis au moins 2 ans : *OUI - NON*

Date et résultat du dernier EEG :

- Date de l'EEG :
- Résultat de l'EEG :
- Présence d'anomalie épileptiforme ? *OUI - NON*

Traitements / médication :

.....

.....

.....

Compliance du patient au traitement : *OUI - NON*

Le candidat a-t-il bénéficié d'une chirurgie ? *OUI - NON*

Si OUI, date de l'intervention : .....

Type d'intervention : .....

L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : *OUI - NON*

Conscience du candidat face à sa pathologie : *OUI - NON*

Si NON, précisez :

Situation médicale actuelle :

.....

.....

.....

Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?

.....

.....

.....

Nécessité d'un examen neuropsychologique : *OUI - NON*

Si un bilan récent a déjà été réalisé, merci de l'annexer

Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be))

**Positif - Négatif**

+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?

Motivations : .....

.....

Durée proposée : .....

Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41

Nom et adresse du neurologue	Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

#### 4. SOMNOLENCE PATHOLOGIQUE : APNEES DU SOMMEIL/CATAPLEXIE/NARCOLEPSIE

<b>Diagnostic et date :</b>

<b>Étiologie :</b>

<b>Traitements / médication :</b>
..... ..... .....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b>
L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI – NON</b>

<b>En cas de Syndrome d'Apnée du Sommeil, le SAS est-il traité par un appareillage : OUI - NON</b>
SI OUI : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Type de traitement : .....</li><li>➤ Depuis le : .....</li><li>➤ Efficacité du traitement : <b>OUI – NON</b></li><li>➤ Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b></li></ul>

<b>Prise de conscience du candidat face à sa pathologie : OUI - NON</b>
Si NON, précisez :

<b>Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?</b>

<b>Nécessité d'un examen neuropsychologique : OUI - NON</b>
Si un rapport neuropsychologique récent a été réalisé, merci de l'annexer

<b>Situation médicale actuelle :</b>

<b>Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi (<a href="http://www.testaptitudeconduite.be">www.testaptitudeconduite.be</a>)</b>
<b>Positif - Négatif</b>
+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?
Motivations : .....
.....
.....
Durée proposée : .....
<b>Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41</b>

<b>Nom et adresse du pneumologue/neurologue</b>	<b>Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie</b>
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

## 5. TROUBLES LOCOMOTEURS

NB : si les troubles locomoteurs sont uniquement dus à une affection neurologique décrite dans la partie 1 « affections neurologiques » (p 11.), complétez uniquement cette dernière. Il n'est pas nécessaire de retranscrire les données dans cette partie.

Diagnostic et date :

Étiologie :

Traitements / médication :
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intervention chirurgicale datée : .....</li> <li>➤ Rééducation en centre de revalidation datée : .....</li> <li>➤ Médication prescrite : .....</li> </ul> <p>Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b>            L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI- NON</b></p>

Situation fonctionnelle actuelle :							
	Force /5*	Sens. Sup N/ ↓/ ↓↓/0	Sens. Prof N/ ↓/ ↓↓/0	Mobilité N/ ↓/ ↓↓/0	Tonus N/ ↑/ ↓	Coordination N/ ↓/ ↓↓	Clonus Oui/Non
M. sup G							
M. sup D							
M. inf G							
M. inf D							
* 0 : aucune contraction musculaire / 1 : contraction musculaire sans mouvement 2 : mouvement sans pesanteur / 3 : mouvement réalisé de manière complète contre pesanteur 4 : mouvement contre résistance / 5 : force musculaire normale							

Précisions si nécessaire du testing ci-dessus : .....

.....

Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?

Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be))

**Positif - Réserve - Négatif**

+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?

Motivations : .....

.....

Durée proposée : .....

Nom et adresse du médecin rééducateur	Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

**6. AFFECTIONS DU SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE**

Diagnostic et date

Étiologie

Traitements / médication
.....
.....
.....
Compliance du patient au traitement : <i>OUI – NON</i> L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <i>OUI – NON</i>

<b>Quelle est la classification NYHA si elle est d'application ?</b>
I – II – III – IV (Selon l'annexe 6, IV = inapte à la conduite : voir <a href="http://www.testaptitudeconduite.be">www.testaptitudeconduite.be</a> )

<b>Présence d'un stimulateur cardiaque : OUI - NON</b>
Date d'implantation : .....

<b>Présence d'un défibrillateur : OUI - NON</b>
Date d'implantation : .....

<b>Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?</b>

<b>Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi (<a href="http://www.testaptitudeconduite.be">www.testaptitudeconduite.be</a>)</b>
<p><b>Positif - Négatif</b></p> <p>+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?</p> <p>Motivations : .....</p> <p>.....</p> <p>Durée proposée : .....</p> <p><b>Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41</b></p>

<b>Nom et adresse du cardiologue</b>	<b>Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie</b>
	Date et signature :

(Si un rapport cardiologique récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)



## 7. DIABÈTE SUCRÉ

Type de diabète	
<input type="checkbox"/> TYPE 1	Depuis : .....
<input type="checkbox"/> TYPE 2	Depuis : .....

Traitements / médication :
.....
.....
.....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b>
L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI – NON</b>

Prise de conscience du candidat face à sa pathologie : <b>OUI - NON</b>
Si NON, précisez :

En cas de traitement à Risque d'hypoglycémie :
Traité au moyen de :
<input type="checkbox"/> Sulfamide ou glinide
<input type="checkbox"/> Insuline 1 injection
<input type="checkbox"/> Insuline 2 injections
<input type="checkbox"/> Insuline 3 injections ( <u>à partir de 3 injections, un avis favorable de l'endocrinologue est requis</u> )
<input type="checkbox"/> Insuline 4 injections
<input type="checkbox"/> Pompe à insuline (un avis favorable de l'endocrinologue est requis)

Risque d'hypo/hyperglycémie sévère :
<b>Le candidat présente-il un risque d'hypo ou d'hyperglycémie sévère pour lequel l'assistance d'une tierce personne est/a été requis pour sortir de son état ?</b>
<input type="checkbox"/> Hypoglycémie sévère sans perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Hypoglycémie sévère avec perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Hypoglycémie récurrente (2 ou plusieurs hypoglycémies au cours des 12 derniers mois)
<input type="checkbox"/> Hyperglycémie sévère
Si au moins l'une des quatre propositions est cochée, un rapport favorable de l'endocrinologue est requis.
Le candidat est suffisamment conscient du risque d'hypoglycémie et de ses conséquences pouvant se manifester au volant : <b>OUI - NON</b>

Situation actuelle :
Stable : <b>OUI – NON</b> Suivi médical régulier : <b>OUI - NON</b> <input type="checkbox"/> Par son médecin généraliste ? A quelle fréquence : ..... <input type="checkbox"/> Par un spécialiste ? A quelle fréquence : .....

Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?

Diabète et complications :
Le diabète s'accompagne de graves complications sur : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le système nerveux (p. 11)</li> <li><input type="checkbox"/> Le système locomoteur (p. 21)</li> <li><input type="checkbox"/> Le système cardio-vasculaire (p. 22)</li> <li><input type="checkbox"/> Les fonctions visuelles (p. 28)</li> <li><input type="checkbox"/> Les fonctions rénales (p. 35)</li> </ul> Si une des propositions est cochée, veuillez remplir le chapitre correspondant dans ce questionnaire

Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ( <a href="http://www.testaptitudeconduite.be">www.testaptitudeconduite.be</a> )
<b>Positif - Négatif</b> + si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?  Motivations : ..... Durée proposée : ..... Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41

Nom et adresse du diabétologue / endocrinologue	Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

## 8. AFFECTIONS DE L'AUDITION ET DU SYSTÈME VESTIBULAIRE

---

Diagnostic et date :

Étiologie :

Vertiges potentiels et troubles de l'équilibre :

Prise de conscience du candidat face à sa pathologie :
Si NON, précisez :   

Traitement / médication :
..... ..... .....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b> L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI- NON</b>

Situation médicale actuelle

Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?

Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ( <a href="http://www.testaptitudeconduite.be">www.testaptitudeconduite.be</a> )
<p><b>Positif - Négatif</b></p> <p>+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?</p> <p><u>Motivations</u> : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Durée proposée : .....</p> <p>Le port d'un appareil auditif est-il obligatoire pour la conduite :  <b>OUI, à gauche – OUI, à droite - NON</b></p> <p>Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41</p>

Nom et adresse de l'ORL	Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

## 9. FONCTIONS VISUELLES

À compléter par un ophtalmologue, en cas de troubles visuels susceptibles d'avoir un impact sur l'aptitude à la conduite automobile

Trouble visuel principal :

Étiologie :

Antécédents ophtalmologiques : (veuillez cocher et dater les diagnostics concernés)
<input type="checkbox"/> Cataracte : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Glaucome : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Macula : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Rétinopathie : ...../...../..... <input type="checkbox"/> DMLA : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Décollement de la rétine : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Autres : ...../...../.....

Traitements / médication :
..... ..... .....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b> L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI- NON</b>

### ACUITE VISUELLE :

Données relatives à l'acuité visuelle de loin du candidat		
ACUITE VISUELLE <u>DE LOIN</u>	SANS CORRECTION	AVEC CORRECTION
Œil droit		
Œil gauche		
Binoculaire		
Vision crépusculaire		

**Port de lunettes/lentilles obligatoires : OUI- NON**

Si une correction optique est obligatoire pour satisfaire aux normes minimales, une attestation d'aptitude à la conduite modèle VIII doit être délivrée.

**Acuité visuelle suffisante pour la conduite automobile**

**Positif - Réservé - Négatif**

Motivations : .....

Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives ou une limitation dans le temps, merci de compléter l'attestation Modèle VIII p. 42

Pour les candidats ou titulaires d'un permis de conduire groupe 1\*,

Dans le cas où l'acuité visuelle binoculaire ne répond pas aux critères visuels, soit une acuité visuelle binoculaire inférieure à 5/10 mais supérieure à 3/10, mais que son champs visuel binoculaire correspond aux critères visuels, êtes-vous favorable à envoyer votre patient au DAC afin d'évaluer son aptitude à la conduite par un test pratique, conformément au point 2.3.2 de l'annexe 6 de l'AR relatif au permis de conduire ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be)) :

OUI – **NON**, car je le considère inapte

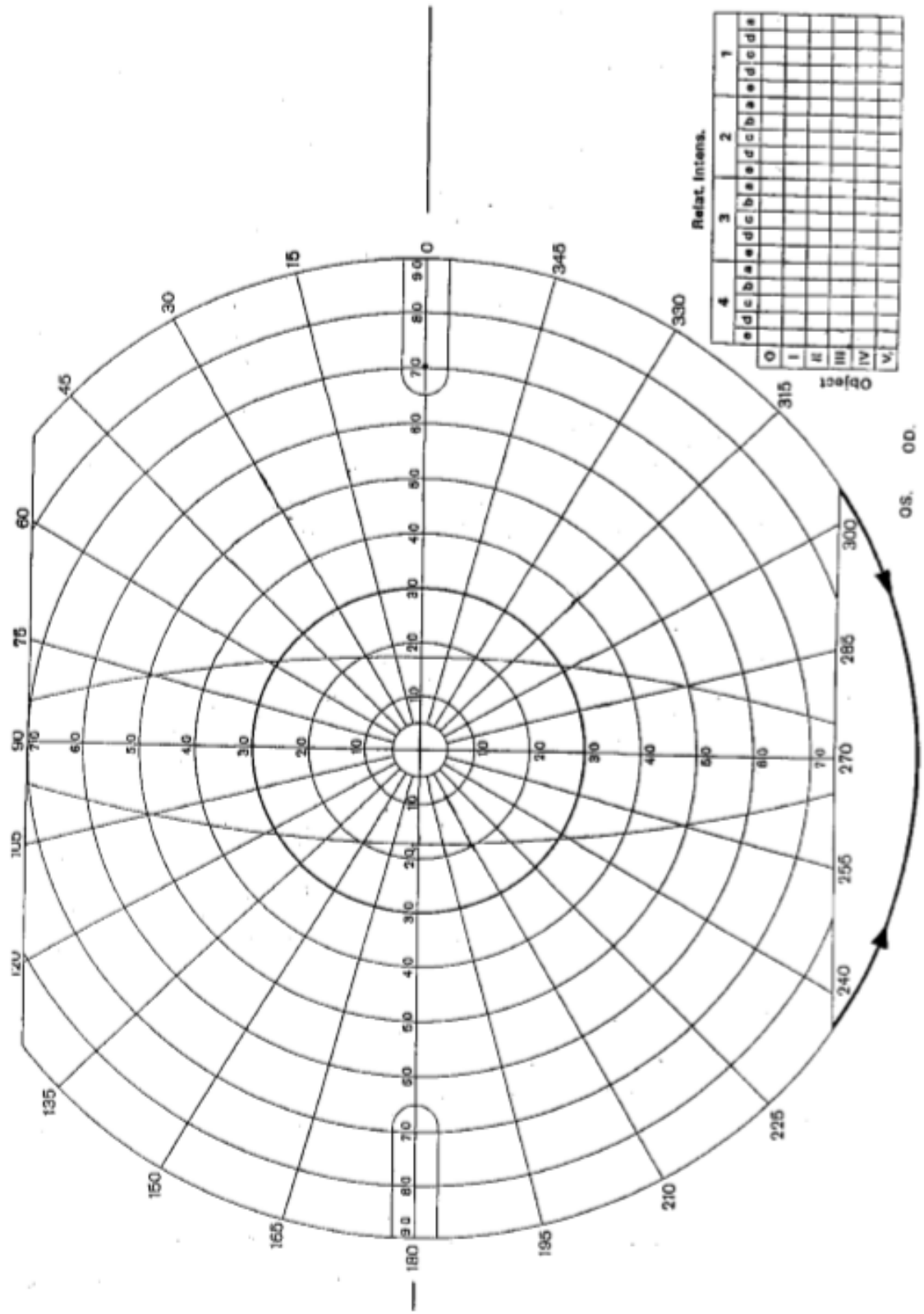
\* Groupe 1 (conduite à titre privé – catégories AM (cyclo), A1, A2, A (moto), B (voiture), BE (voiture + remorque lourde) et G (tracteur))

**CHAMP VISUEL :**

Le candidat présente-t-il à ce jour une atteinte du champ visuel ? OUI - NON

**Données relatives au champ visuel du candidat**

CHAMP VISUEL	TEMPORAL	NASAL	SUPERIEUR	INFERIEUR
Œil droit				
Œil gauche				
	GAUCHE	DROITE	SUPERIEUR	INFERIEUR
Binoculaire				



Pour les candidats ou titulaires d'un permis de conduire groupe 1\*,

Dans le cas où le champs visuel binoculaire ne répond pas aux critères visuels, mais que son acuité visuelle binoculaire correspond aux critères visuels, êtes-vous favorable à envoyer votre patient au DAC afin d'évaluer son aptitude à la conduite par un test pratique, conformément au point 2.3.2 de l'annexe 6 de l'AR relatif au permis de conduire ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be)) :

OUI – *NON*, car je le considère inapte

\* Groupe 1 (conduite à titre privé – catégories AM (cyclo), A1, A2, A (moto), B (voiture), BE (voiture + remorque lourde) et G (tracteur))

Vision des contrastes suffisante : OUI - *NON*

Sensibilité à la luminosité problématique : *OUI* - NON

Aptitude à conduire un véhicule dans l'obscurité : OUI - *NON*

Le candidat présente-t-il une diplopie : *OUI* - NON

Périphérique – Centrale ?

Si *OUI*, peut-elle être corrigée ? *OUI* - *NON*

Si *OUI* : type de correction (précisez) : .....

Posée sur quel verre : Œil gauche – Œil droit

Autres pathologies éventuelles

Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be))

Positif - Réserve - Négatif

Motivations : .....  
 .....  
 .....

Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives ou une limitation dans le temps, merci de compléter l'attestation Modèle VIII p. 42



Nom et adresse de l'ophtalmologue	Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie
	Date et signature :

(Si un rapport ophtalmologique récent a été réalisé, merci de l'annexer)

## 10. ALCOOL, SUBSTANCES PSYCHOTROPES ET MÉDICAMENTS

### A. CONSOMMATION ABUSIVE

Consommation abusive ou irresponsable d'alcool, de médicaments ou de substances psychotropes		
Alcool	<i>OUI – NON</i>	PASSÉE - ACTUELLE
Substance(s) illicite(s)	<i>OUI – NON</i>	PASSÉE - ACTUELLE
Autres substances psychotropes ou médicaments susceptibles de compromettre l'aptitude à la conduite	<i>OUI - NON</i>	PASSÉE - ACTUELLE

Constatation d'une dépendance à une substance		
SUBSTANCE	DÉPENDANT DEPUIS (DATE)	ABSTINENT DEPUIS (DATE)

<b>Suivi médical mis en place face à la dépendance :</b>
..... ..... .....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b>

<b>Prise de conscience du candidat face à sa dépendance : OUI - NON</b>
Si NON, précisez :

<b>Traitements / médication :</b>
..... ..... .....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b>
L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI - NON</b>

<b>Votre patient a-t-il été informé de l'influence possible de la médication sur la conduite, y compris en combinaison avec d'autres substances : OUI - NON</b>
---

<b>Nécessité d'un examen neuropsychologique : OUI - NON</b>
Si un rapport neuropsychologique récent a été réalisé, merci de l'annexer

**B. CONSOMMATION THERAPEUTIQUE DE MEDICAMENTS POUVANT AVOIR UNE INFLUENCE NEGATIVE SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE**

<b>Quel(s) médicament(s) et à quelle dose ?</b>

<b>Votre patient a-t-il été informé de l'influence possible de la médication sur la conduite, y compris en combinaison avec d'autres substances : OUI - NON</b>
Votre patient a été informé du temps de latence nécessaire après la prise de ces médicaments avant de prendre le volant : <b>OUI – NON</b>

<b>Pensez-vous que votre patient est suffisamment conscient :</b>
<input type="checkbox"/> Des effets secondaires de l'association de ces médicaments avec l'alcool : <b>OUI – NON</b> <input type="checkbox"/> Des effets potentiels de la prise de ces médicaments sur la conduite : <b>OUI – NON</b> <input type="checkbox"/> De l'importance de respecter ce tps de latence de la médication avant de conduire : <b>OUI - NON</b>

<b>Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi (<a href="http://www.testaptitudeconduite.be">www.testaptitudeconduite.be</a>)</b>
<p style="text-align: center;"><b>Positif - Réserve - Négatif</b></p> <p>+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?</p> <p>Motivations : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Durée proposée : .....</p> <p><b>Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41</b></p>

<b>Nom, adresse et signature du médecin</b>	<b>Numéro INAMI / Cachet</b>
Date : .....	

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

## 11. AFFECTIONS DES REINS ET DU FOIE

---

Diagnostic et date :

--

Étiologie :

--

Traitements / médicaments :

..... ..... .....
Compliance du patient au traitement : <b>OUI – NON</b> L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : <b>OUI - NON</b>

Situation médicale actuelle ?

Précisez :

Dialyse : **OUI – NON**

Votre patient se soumet à des contrôles médicaux réguliers : **OUI – NON**

Votre patient a conscience de son affection et de son impact potentiel sur la conduite : **OUI – NON**

Quelle est l'évolution probable ou le pronostic ?

--

Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be))

**Positif - Négatif**

+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?

Motivations : .....  
.....  
.....

Durée proposée : .....

Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 40 ou 41

Nom et adresse du néphrologue/interniste	Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie
	Date et signature :

(Si un rapport récent d'un néphrologue a été réalisé, merci de l'annexer)

## 12. IMPLANTS / TRANSPLANTATION(S) D'ORGANES (pouvant avoir une influence sur l'aptitude à la conduite)

Nature de l'implant ou de la transplantation d'organe

Date de l'intervention

Étiologie

Médicament éventuellement diffusé par l'implant
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Type :</li><li>➤ Dosage du médicament :</li><li>➤ Contrôle de l'implant par le candidat : <i>OUI</i> - <i>NON</i></li></ul>

Dysfonctionnements et risques

Activation ou désactivation du système pendant la conduite automobile
Activation <input type="checkbox"/> Désactivation <input type="checkbox"/>

Pompe / Neurostimulateur :
<ul style="list-style-type: none"><li>- Risques et conséquences d'un dysfonctionnement : <i>OUI</i> - <i>NON</i> Précisez : .....</li><li>- Activation <input type="checkbox"/> ou désactivation <input type="checkbox"/> du système pendant la conduite</li><li>- Connaissances du patient des risques liés aux dysfonctionnements : <i>OUI</i> - <i>NON</i></li><li>- Connaissances du patient sur les précautions d'usage : <i>OUI</i> - <i>NON</i></li></ul>

Avis concernant l'aptitude à la conduite dans le cadre strict de ce chapitre et selon l'annexe 6 reprenant les critères médicaux de la loi ([www.testaptitudeconduite.be](http://www.testaptitudeconduite.be))

**Positif - Réserve - Négatif**

+ si votre patient est atteint d'une pathologie évolutive justifiant une limitation dans la durée de validité de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ?

Motivations : .....

.....

.....

Durée proposée : .....

**Merci de compléter l'avis d'aptitude à la conduite à la page suivante**

Nom, adresse et signature du médecin

Numéro INAMI / Cachet

Date : .....

(Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer)

## Avis d'aptitude à la conduite destiné au médecin concluant du DAC - Département d'Aptitude à la Conduite - pour un candidat au permis de conduire du groupe 1

- Il s'agit d'un avis et non pas d'une décision définitive -

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine, déclare par la présente avoir examiné Mr/Mme ....., eu égard à ma spécialité ..... j'ai pour avis que mon patient, candidat à un permis de conduire du groupe 1 pour la/les catégorie(s) suivante(s) :

AM     A1     A2     A     B     B+E     G

est inapte à la conduite

est apte à la conduite, sans adaptation, sans condition ni restriction

est apte à la conduite sous les conditions et/ou restrictions suivantes :

- 02. Prothèse auditive/aide à la communication
- 61. Limité aux trajets entre 1h après le lever et 1h avant le coucher du soleil
- 62. Limité aux trajets dans un rayon de ..... km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donné(e) .....
- 63. Limité à la conduite sans passager
- 64. Limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à .....km/h
- 65. Conduite uniquement autorisée accompagné d'un titulaire d'un permis de conduire
- 66. Limité à la conduite sans remorque
- 67. Pas de conduite sur autoroute
- 68. Pas d'alcool

est apte à la conduite avec un véhicule adapté aux conditions du DAC

Sur base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6, je suggère

- une validité d'aptitude indéterminée
- une validité d'aptitude limitée jusqu'au ...../...../.....

### Identification du candidat

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance

### Identification du médecin

Nom :  
Prénom :  
Date, cachet et signature :



## Avis d'aptitude à la conduite destiné au médecin concluant du DAC - Département d'Aptitude à la Conduite - pour un candidat au permis de conduire du groupe 1

- Il s'agit d'un avis et non pas d'une décision définitive -

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine, déclare par la présente avoir examiné Mr/Mme ....., eu égard à ma spécialité ..... j'ai pour avis que mon patient, candidat à un permis de conduire du groupe 1 pour la/les catégorie(s) suivante(s) :

AM     A1     A2     A     B     B+E     G

est inapte à la conduite

est apte à la conduite, sans adaptation, sans condition ni restriction

est apte à la conduite sous les conditions et/ou restrictions suivantes :

- 02. Prothèse auditive/aide à la communication
- 61. Limité aux trajets entre 1h après le lever et 1h avant le coucher du soleil
- 62. Limité aux trajets dans un rayon de ..... km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donné(e) .....
- 63. Limité à la conduite sans passager
- 64. Limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à .....km/h
- 65. Conduite uniquement autorisée accompagné d'un titulaire d'un permis de conduire
- 66. Limité à la conduite sans remorque
- 67. Pas de conduite sur autoroute
- 68. Pas d'alcool

est apte à la conduite avec un véhicule adapté aux conditions du DAC

Sur base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6, je suggère

- une validité d'aptitude indéterminée
- une validité d'aptitude limitée jusqu'au ...../...../.....

### Identification du candidat

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance

### Identification du médecin

Nom :  
Prénom :  
Date, cachet et signature :