Wallonie sécurité routière AWSR

**Plus d'informations :**
Visitez notre site internet
www.awsr.be/dac

Ou demandez à recevoir une brochure par la poste.

# DAC – Département d'Aptitude à la Conduite

## Questionnaire médical

**Vos nom et prénom** : ……

**Date :** …… /…… /……

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

Janvier 2026

1. Vous faites la demande d'évaluation au DAC au moyen de ce questionnaire médical :
   - ✓ Lisez et signez le consentement de récolte des données personnelles (page 2), répondez aux questions de la fiche personnelle (pages 3 à 5) et complétez la colonne A de la fiche médicale (pages 6 et 7).
   - ✓ Faites compléter par votre/vos médecin(s) la colonne B de la fiche médicale (pages 6 et 7) et le dossier médical (pages 8 à 26).
   - ✓ Une fois complété, envoyez ce questionnaire médical ainsi que les éventuels rapports complémentaires transmis par vos médecins à l'adresse suivante :

DAC
Chaussée de Liège, 654C
5100 Jambes
**OU**
dac@awsr.be
(Uniquement en version PDF)

\+

Une copie recto-verso de votre permis de conduire (si vous en avez un)

2. Le DAC vous envoie une convocation.

3. Vous rencontrez les experts du DAC dans l'une de nos 19 antennes provinciales pour **un test de conduite en situation réelle avec un véhicule adaptable en fonction de vos besoins.** Si un examen neuropsychologique ou médical complémentaire est nécessaire, le rendez-vous sera fixé à Namur.

4. Le DAC vous envoie sa décision par la poste.

5. Vous communiquez cette décision à votre administration communale.

**SVP Ne pas plier ce dossier – Ne pas ajouter d'agrafes – Eviter l'envoi par recommandé**

**AGENCE WALLONNE POUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE ASBL**
Chaussée de Liège, 654c B-5100 Jambes
T. +32 (0)81 140 401
TVA : BE 0539.960.891 - RPM Liège (div.Namur) - BE45 0017 1714 1789
dac@awsr.be - www.awsr.be/dac

# *Consentement sur la récolte de vos données personnelles*

Le Département d'Aptitude à la Conduite (ci-après « DAC ») est un département de l'Agence wallonne pour la Sécurité routière (ci-après l'AWSR). Le DAC a pour finalité de déterminer l'aptitude à la conduite des personnes présentant un trouble fonctionnel. À 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, aux membres du personnel de l'AViQ, à une autorité judiciaire en cas de procédure pénale ou à votre administrateur de la personne. 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 ?**
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 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.
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 »)

## **PARTIE A -** FICHE PERSONNELLE **À compléter par vous-même**

1. ***Vos coordonnées*** ****Il est très important que nous disposions de ces informations***

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Genre (F/M/NB) **:** |___|

Lieu de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Profession : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° de rue* : |__|__|__|__|__|__| Bte : |__|__| Code postal* : |__|__|__|__|

Ville* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Gsm* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- Êtes-vous sous administration de biens/de la personne ? (Biffez la mention inutile)
  Si oui, précisez les coordonnées : ............................................................................................
  ................................................................................................................................................

2. ***Votre demande***

- Votre aptitude à la conduite a-t-elle déjà été évaluée pour des raisons médicales?
  ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, par quel centre agréé ou médecin ? ...........................................................................
  Quelle était la décision ? ..........................................................................................................
  Quand a-t-elle été examinée pour la dernière fois ? ......... /......... /............

- Quelle est la nature de votre demande ?
  ☐ Vous vous interrogez sur votre aptitude à la conduite en lien avec votre situation médicale
  ☐ La prolongation de votre permis de conduire
  ☐ Un changement de votre état de santé
  ☐ Une aggravation de votre état de santé vous obligeant à demander un rdv avant l'expiration de votre permis de conduire
  ☐ L'achat d'un nouveau véhicule
  ☐ La transformation de votre véhicule
  ☐ Autre : ..................................................................................................................................

- Votre démarche est conseillée par / fait suite à la demande de/d':
  ☐ Votre médecin : si oui, quelle est sa spécialité ? ..............................................................
  ☐ Un centre de revalidation/hospitalier : si oui, lequel ?
  ................................................................................................................................................
  ☐ Votre compagnie d'assurances : si oui, laquelle ? ..............................................................
  ☐ Votre entourage
  ☐ Votre employeur
  ☐ MEDEX/ votre 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) : ..................................................................................................................

- Pour quel(s) type(s) de véhicule(s) **souhaitez-vous être évalué** ?
  - ☐ AM : cyclomoteur léger/scooter/voiture dite « sans permis »
  - ☐ A : moto
  - ☐ B : voiture
  - ☐ BE : voiture + remorque (MMA > 750kg)
  - ☐ G : tracteur
  - ☐ Groupe 2 (professionnel)* : ☐A - ☐B - ☐C - ☐$C_1$ - ☐CE - ☐$C_1$E - ☐D - ☐$D_1$ - ☐DE - ☐$D_1$E - ☐G

*Attention : la demande d'une évaluation pour un permis du groupe 2 doit se faire auprès d'un service compétent habilité à statuer sur votre aptitude à la conduite à titre professionnel, tel que MEDEX ou la médecine du travail. **Si ce n'est déjà fait, il est impératif de les consulter au préalable** (renseignez-vous auprès de votre employeur).

### *3. Permis de conduire*

- Possédez-vous un permis de conduire ?
  - ☐ Non, pas encore
  - ☐ Oui, provisoire (en apprentissage) jusqu'au …… /…… /……
  - ☐ Oui, depuis le …… /…… /…… (Durée illimitée / limitée jusqu'au …… /…… /……)
    Pour les catégories : ☐AM - ☐A - ☐B - ☐BE - ☐C - ☐$C_1$ - ☐CE - ☐$C_1$E - ☐D - ☐$D_1$ - ☐DE - ☐$D_1$E - ☐G
  - ☐ Oui, mais vous êtes déchu du droit de conduire depuis le …… /…… /……
    - Si vous êtes déchu, êtes-vous dans une procédure de réhabilitation ?
      ☐ Oui ☐ Non Si oui, auprès de quel organisme ?
      ……
- Avez-vous une exemption du port de la ceinture de sécurité ? ☐ Oui ☐ Non
  Si oui date de délivrance : …… /…… /…… N° d'exemption : ……

### *4. Conduite et historique routier*

- À l'heure actuelle, conduisez-vous encore ? ☐ Oui ☐ Non
- Si non, pourquoi ? ……
  Si oui, éprouvez-vous des difficultés particulières durant la conduite ? ☐ Oui ☐ Non
  Précisez : ……
  ……
- Avez-vous été impliqué dans un accrochage/accident au cours des 3 dernières années ?
  ☐ Oui ☐ Non
  Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

| Nombre | Type d'accident | Date(s) |
|---|---|---|
| | Avec dégâts matériels uniquement | …… /…… /…… |
| | Avec personne(s) blessée(s) | …… /…… /…… |
| | Avec personne(s) décédée(s) | …… /…… /…… |

Remarques éventuelles :
……
……

**/!\ Veuillez annexer une copie recto-verso de votre permis de conduire (si vous en possédez un), cela permettra un traitement plus rapide de votre dossier.**

### *5. Coordonnées de votre médecin généraliste*

Nom et prénom : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Rue et numéro : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Code postal et localité : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Adresse e-mail : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Numéro de téléphone : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

### *6. Signature*

Je déclare que les données susmentionnées sont **exactes et complètes**. Je déclare avoir pris connaissance du « **Consentement sur la récolte de vos données personnelles** » en page 2.

Date : ……… /……… /…………   Nom et prénom : ……………………………………………………………………….

Signature :

## **Préférences de lieu de rendez-vous** (si possible plusieurs)

Si un bilan neuropsychologique et/ou médical est nécessaire, le rendez-vous sera fixé automatiquement au DAC à Namur. **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** en fonction de la validité éventuelle de votre permis de conduire.

| | | |
|---|---|---|
| **Brabant wallon** | Clinique du Bois de la Pierre à Wavre | |
| **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 Les Viviers | |
| | Hôpital de Jolimont à La Louvière | |
| | Centre Hospitalier de Wallonie picarde – CHwapi à Tournai | |
| **Liège** | Centre d'examen du permis de conduire de Huy-Tihange | |
| | Centre d'examen du permis de conduire de Lontzen | |
| | 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 | |
| | CNRF de Fraiture-en-Condroz | |
| | CHRAM - Centre Hospitalier Reine Astrid à Malmedy | |
| **Luxembourg** | Centre d'examen du permis de conduire de Marche-en-Famenne | |
| | Centre d'examen du permis de conduire d'Arlon | |
| | CHA Vivalia – Libramont | |
| **Namur** | DAC de Jambes | |

**Bon à savoir :** nous avons davantage de plages-horaires libres à **Namur**. En cochant le DAC en plus de vos préférences, nous serons peut-être en mesure de vous proposer un rendez-vous plus rapide en cas de désistement.

## **PARTIE B -** FICHE MÉDICALE — **À compléter par vous ET votre médecin**

Ce questionnaire a été réalisé sur base de l'annexe 6 « Normes minimales 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 le site **www.awsr.be/dac**).

**Ce tableau doit impérativement être rempli par vous-même ET votre médecin :**

| | *A* | *B* |
|---|---|---|
| **Présentez-vous/ votre patient présente-il :** | ***Vous*** | ***Médecin*** |
| **1. Une affection neurologique** | | Si OUI ▶ page 8 |
| • Lésion ou affection du système nerveux central (cerveau et/ou moelle épinière) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Lésion ou affection du système nerveux périphérique (sensitif et/ou moteur) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Maladie neurologique évolutive | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Trouble cognitif (perception, attention, concentration, jugement, vitesse de réaction, orientation spatio-temporelle, héminégligence…) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Trouble du comportement (dysfonctionnement du comportement habituel, apathie, impulsivité, troubles alimentaires…) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **2. Une affection psychique** | | Si OUI ▶ page 10 |
| • Trouble psychique ou nerveux (dépression, schizophrénie, psychose, troubles bipolaires, hallucinations…) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **3. De l'épilepsie** | | Si OUI ▶ page 11 |
| • Épilepsie (crises dans les 5 dernières années) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Une seule crise d'épilepsie provoquée par un facteur explicable | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **4. De la somnolence pathologique** | | Si OUI ▶ page 13 |
| • Fatigue anormale, excessive voire somnolence durant la journée | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Syndrome d'apnée du sommeil | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Narcolepsie et/ou cataplexie | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **5. Un trouble locomoteur** | | Si OUI ▶ page 14 |
| • Diminution de la force musculaire | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Diminution ou augmentation de la mobilité articulaire | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Trouble de la coordination | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Trouble de la sensibilité superficielle ou profonde | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Paralysie partielle ou totale d'un ou plusieurs membre(s) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Absence/amputation d'un ou plusieurs membre(s) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Diminution ou perte de la mobilité du rachis (cervical/dorsal/lombaire) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **6. Une affection du système cardio-vasculaire** | | Si OUI ▶ page 15 |
| • Trouble de la tension ou maladie artérielle | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Maladie cardiaque (infarctus, insuffisance cardiaque, arythmie, malformation, myocardite…) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Porteur d'un stimulateur ou défibrillateur cardiaque | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **7. Du diabète sucré** | | Si OUI ▶ page 16 |
| • Diabète sucré | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Risque significatif d'hyper- ou hypoglycémie | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Traité par injections d'insuline | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **8. Une affection de l'audition et du système vestibulaire** | | Si OUI ▶ page 17 |
| • Perte d'équilibre ou vertige | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |

| | | |
|---|---|---|
| **9. Une affection oculaire** | | Si OUI ▶page 18 |
| • Port de lunettes de correction de loin | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • En traitement (cataracte, DMLA…) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Mauvaise vue (voilée, floue, double) | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Diminution ou perte partielle du champ visuel | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Vision réduite ou inexistante dans l'obscurité et/ou éblouissement | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **10. Un état de dépendance** | | Si OUI ▶page 21 |
| • Consommation abusive de drogues, narcotiques, stimulants ou médicaments | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Etat de dépendance vis-à-vis de l'alcool ou d'autres substances | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **11. Une affection des reins et du foie** | | Si OUI ▶page 23 |
| • Affection rénale ou hépatique | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Sous dialyse | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **12. Un implant** | | Si OUI ▶page 24 |
| • Transplantation d'organes | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| • Autre matériel implanté | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| **13. Une autre affection non reprise dans cette liste** | ☐ Oui ☐ Non | ☐ Oui ☐ Non |
| *Si oui, laquelle ?* …… | | |
| …… | | |
| **Prise de médicaments : *OUI* – NON** | | |
| *Si oui, détaillez la liste complète :* …… | | |
| …… | | |
| …… | | |
| …… | | |
| …… | | |
| …… | | |
| **À votre connaissance, votre patient est-il sous administration de biens / de la personne : *OUI* – NON** | | |
| *Si oui*,<br>□ Administrateur de biens<br>□ Administrateur de la personne | Coordonnées :<br>……<br>…… | |

| **PATIENT** | **MÉDECIN** |
|---|---|
| **Date :** ……. /…… /…… | **Date :** ……. /…… /…… |
| **Signature :** | **Nom + Adresse + Numéro INAMI (cachet) :**<br><br>**Signature :** |

**Docteur,**

- Veuillez détailler les points pour lesquels **vous avez répondu « oui »** dans le questionnaire ci-dessus. Pour cela, **référez-vous aux numéros de pages** indiqués dans chaque chapitre,
- **Si vous désirez une copie de la décision prise par le DAC,** veuillez cocher cette case ☐

## **PARTIE C –** DOSSIER MÉDICAL **À faire compléter par le médecin de votre choix**

L'objectif de cette partie est d'obtenir un aperçu clair de la **situation médicale actuelle** de votre patient.
Nous attirons votre attention sur le fait que **sans un questionnaire complété de manière minutieuse, la procédure d'évaluation risque de prendre plus de temps.**

Seuls les **chapitres pour lesquels vous avez répondu OUI** au questionnaire des deux pages précédentes **doivent être complétés.**

- → **En tant que médecin spécialiste**, vous remplissez la partie adéquate correspondant au diagnostic de votre patient en lien avec votre spécialité.
- → **En tant que médecin généraliste**, si vous possédez les rapports du/des spécialiste(s), vous pouvez répondre vous-même au questionnaire.

## 1. AFFECTION NEUROLOGIQUE

| **Diagnostic principal et date** |
|---|
| |
| **Diagnostic(s) complémentaire(s)** |
| |
| **Étiologie** |
| |
| **Coma : *OUI* – NON** |
| ➢ Gravité du coma :<br>➢ Durée du coma :<br>➢ 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

Précision : ……

| **Troubles (neuro-)visuels associés : *OUI* – NON** |
|---|
| Si OUI, précisez : |

| **Troubles cognitifs associés : *OUI* – NON** |
|---|
| Si OUI, précisez : |
| **Présence de troubles du comportement, du jugement ou de l'humeur : *OUI* – NON** |
| Si OUI, précisez : |
| **Conscience de votre patient face à sa pathologie : OUI – *NON*** |
| Si NON, précisez : |
| **Traitement / médication** |
| Précisez :<br><br>Compliance du patient au traitement : OUI – *NON*<br>L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : *OUI* – NON |
| **En cas d'affection neurologique évolutive (SEP, Parkinson, démence…), la maladie semble :** |
| □ avoir progressé depuis 1 an<br>□ relativement stable (sur un palier) |
| **En cas d'affection neurologique acquise non évolutive (trauma crânien, AVC…), les séquelles :** |
| □ apparaissent à ce jour stabilisées<br>□ évoluent encore |
| **Nécessité d'un examen neuropsychologique : *OUI* – NON** |
| Si un bilan récent a déjà été réalisé, merci de l'annexer. |

**Votre 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 (awsr.be/dac).**

**Positif - Réservé - Négatif**

**<u>Motivations</u> :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **<u>durée de validité</u>** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| <u>Nom et adresse du neurologue :</u> | <u>Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :</u><br><br>Signature :<br>Date : …… /…… /…… |
|---|---|

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 2. AFFECTION PSYCHIQUE

**Diagnostic et date**

**Étiologie**

**Classification de la maladie au DSM IV / DSM-5 ou ICD-10**

**Situation médicale actuelle**

Précisez :

- Stable depuis 6 mois : **OUI – *NON***
- En cas de schizophrénie : absence de récidive depuis au moins 2 ans ? **OUI – *NON***
- 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, d'une prise de risque exagérée (impulsivité, agressivité) et/ou d'une perturbation sur les réactions psychomotrices du conducteur : ***OUI*** **– NON**

Précisez :

**Traitement / médication**

Précisez :

Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***

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

Si OUI, le patient en connait les risques et les précautions à prendre : **OUI – *NON***

**Conscience de votre patient face à ses troubles : OUI – *NON***

Si NON, précisez :

**Évolution probable ou pronostic**

**Internement / Situation d'admission forcée / Sous contrat postcure obligatoire**

Statut actuel : ……

Date de début : …… /…… /…… Date de fin : …… /…… /……

**Désignation d'un administrateur de biens et/ou de la personne : *OUI* – NON**

Si OUI,

□ Administrateur de biens

□ Administrateur de la personne

Coordonnées :

……

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

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

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Réservé - Négatif**

**Motivations :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| Nom et adresse du psychiatre : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br><br>Signature :<br>Date : …… /…… /…… |
|---|---|

**Si un rapport psychiatrique et/ou psychologique récent a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 3. EPILEPSIE

**Diagnostic et date**

**Étiologie**

**Dates**

Première crise : …… /…… /…… Dernière crise : …… /…… /……

**Type de crise**

| | |
|---|---|
| ☐ Généralisée | ☐ Secondairement généralisée |
| ☐ Partielle simple | ☐ Absences |
| ☐ Partielle complexe | ☐ Autres : …… |

**Fréquence**

**Si crise unique, la cause est connue : OUI – *NON***

Si OUI, précisez :

**La dernière crise est liée :**

À une diminution de l'antiépileptique : ***OUI*** **– NON**
À une modification de l'antiépileptique : ***OUI*** **– NON**
À une autre cause connue : ……

- Après la crise, retour au traitement précédent : **OUI – *NON***
- Après la crise, autre traitement : ***OUI*** **– NON**, si oui lequel : ……

**Persistance de crises d'épilepsie partielles simples sans altération de la conscience ni impact sur l'aptitude à conduire et ce, sans autre crise d'épilepsie depuis au moins 1 an : *OUI* – NON**

**Persistance de crises d'épilepsie mais uniquement durant le sommeil et sans autre crise diurne 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**

**Traitement / médication**

Précisez :

Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***
Le patient a bénéficié d'une chirurgie : ***OUI*** **– NON**
Si OUI, date de l'intervention : …… /…… /……

Type d'intervention : ……
L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** **– NON**

**Conscience de votre patient face à sa pathologie : OUI – *NON***

Si NON, précisez :

**Situation médicale actuelle**

**Évolution probable ou pronostic**

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

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

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Négatif**

**Motivations :**

……
……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| Nom et adresse du neurologue : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br><br>Signature :<br><br>Date : …… /…… /…… |
|---|---|

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

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

**Diagnostic et date**

**Étiologie**

**Traitement / médication**

Précisez :

Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***
L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** **– NON**

**En cas de Syndrome d'Apnée du Sommeil modéré** (index d'apnées et hypopnées compris entre 15 et 29) **ou sévère** (index d'apnées et hypopnées supérieur ou égal à 30)**, le SAS est traité par un appareillage : *OUI* – NON**

| | |
|---|---|
| SI OUI :<br>➢ Type de traitement : ……<br>➢ Depuis le : …… /…… /……<br>➢ Compliance du patient au ttmt : **OUI – *NON*** | ➢ Efficacité du traitement : **OUI – *NON***<br>➢ Persistance de somnolence diurne excessive : ***OUI*** **– NON**<br>➢Index d'apnées et d'hypopnées **:** …… |

**Conscience de votre patient face à sa pathologie : OUI – *NON***

Si NON, précisez :

**Évolution probable ou pronostic**

**Situation médicale actuelle**

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

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

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Négatif**

**Motivations :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| | |
|---|---|
| Nom et adresse du pneumologue/neurologue : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br><br>Signature :<br><br>Date : …… /…… /…… |

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 5. TROUBLE LOCOMOTEUR

**Si le trouble locomoteur est uniquement dû à une affection neurologique décrite** dans la partie 1 « Affection neurologique » **(p 8.), complétez uniquement cette dernière**. Il n'est pas nécessaire de retranscrire les données dans cette partie.

**Diagnostic et date**

**Étiologie**

**Traitement / médication / opération / revalidation**

Précisez :

Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***
L'aptitude à la conduite est-elle influencée par la médication : ***OUI*** **– NON**

**Évolution probable ou pronostic**

**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 movement / 2 : mouvement sans pesanteur / 3 : mouvement réalisé de manière complète contre pesanteur / 4 : mouvement contre résistance / 5 : force musculaire normale

Précision: ……

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Réservé - Négatif**

**Motivations :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| Nom et adresse du médecin rééducateur : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br><br>Signature :<br><br>Date : …… /…… /…… |
|---|---|

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 6. AFFECTION DU SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

**Diagnostic et date**

**Étiologie**

**Traitement / médication**

Précisez :

Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***
L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** **– NON**

**Classification NYHA, si elle est d'application**

I – II – III – IV (Selon l'annexe 6, IV = inapte à la conduite : voir **www.awsr.be/dac**)

**Présence d'un stimulateur cardiaque : *OUI* – NON**

Date d'implantation : …… /…… /……

**Présence d'un défibrillateur : *OUI* – NON**

Date d'implantation : …… /…… /……

**Évolution probable ou pronostic**

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Négatif**

**Motivations :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| Nom et adresse du cardiologue : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br><br>Signature :<br>Date : …… /…… /…… |
|---|---|

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 7. DIABÈTE SUCRÉ

**Type de diabète**

- ☐ INTOLÉRANCE GLYCÉMIQUE Depuis le : …… /…… /……
- ☐ TYPE 1 Depuis le : …… /…… /……
- ☐ TYPE 2 Depuis le : …… /…… /……

**Traitement / médication**

Précisez :

Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***
L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** **– NON**

**Conscience de votre patient face à sa pathologie : OUI – *NON***

Si NON, précisez :

**En cas de traitement à risque d'hypoglycémie**

**Traité au moyen de/d':**

- □ Sulfamide ou glinide
- □ Insuline 3 injections (un avis de l'endocrinologue est requis)
- □ Insuline 4 injections/jour
- □ Pompe à insuline (un avis de l'endocrinologue est requis)

**Risque d'hypo/hyperglycémie sévère**

**Votre patient présente-il un risque d'hypo ou d'hyperglycémie sévère pour lequel l'assistance d'une tierce personne est/a été requise pour sortir de son état ?**

- □ Hypoglycémie sévère sans perte de connaissance
- □ Hypoglycémie sévère avec perte de connaissance
- □ Hypoglycémie récurrente (2 ou plusieurs hypoglycémies au cours des 12 derniers mois)
- □ Hyperglycémie sévère

**Si au moins l'une des quatre propositions est cochée, un avis de l'endocrinologue est requis.**

Votre patient est suffisamment conscient du risque d'hypoglycémie et de ses conséquences pouvant se manifester au volant : **OUI – *NON***

**Situation actuelle**

Stable : **OUI – *NON***
Suivi médical régulier : **OUI – *NON***

- □ Par son médecin généraliste ? À quelle fréquence : ……

- □ Par un spécialiste ? À quelle fréquence : ……

**Évolution probable ou pronostic**

**Diabète et complications**

Si le diabète s'accompagne de graves complications sur :

- □ Le système nerveux (p. 8 - 9)
- □ Le système locomoteur (p. 14)
- □ Le système cardio-vasculaire (p. 15)
- □ Les fonctions visuelles (p. 18 - 20)
- □ Les fonctions rénales (p. 23)

**Veuillez remplir le chapitre correspondant dans ce questionnaire.**

| **Votre 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.awsr.be/dac).** | |
|---|---|
| **Positif - Négatif**<br>**Motivations :**<br>……<br>……<br>Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……<br>**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.** | |
| Nom et adresse du diabétologue/endocrinologue : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br>Signature :<br>Date : …… /…… /…… |

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

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

| **Diagnostic et date** |
|---|
| |
| **Étiologie** |
| |
| **Vertiges potentiels et troubles de l'équilibre** |
| |
| **Traitement / médication** |
| Précisez :<br><br>Compliance du patient au traitement : **OUI** – ***NON***<br>L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** – **NON** |
| **Conscience de votre patient face à sa pathologie : OUI – *NON*** |
| Si NON, précisez : |
| **Situation actuelle** |
| |
| **Évolution probable ou pronostic** |
| |

Affection de l'audition et du système vestibulaire

| **Votre 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.awsr.be/dac).** | |
|---|---|
| **Positif - Négatif**<br>**<u>Motivations</u> :**<br>……<br>……<br>Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **<u>durée de validité</u>** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……<br><br>Le port d'un appareil auditif est-il obligatoire pour la conduite : **OUI, à gauche – OUI, à droite – NON**<br>**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.** | |
| <u>Nom et adresse de l'ORL :</u> | <u>Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :</u><br><br>Signature :<br>Date : …… /…… /…… |

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 9. AFFECTION OCULAIRE

À compléter par un ophtalmologue, **en cas de trouble visuel susceptible d'avoir un impact** sur l'aptitude à la conduite automobile.

| **Trouble visuel principal** |
|---|
| |
| **Étiologie** |
| |
| **Antécédents ophtalmologiques (veuillez dater les diagnostics concernés)** |
| ☐ Cataracte : …… /…… /……<br>☐ Glaucome : …… /…… /……<br>☐ Macula : …… /…… /……<br>☐ Rétinopathie : …… /…… /……<br>☐ DMLA : …… /…… /……<br>☐ Décollement de la rétine : …… /…… /……<br>☐ Autres : …… …… /…… /…… |
| **Traitement / médication** |
| Précisez :<br><br>Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***<br>L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** **– NON** |

## A. ACUITÉ VISUELLE

| **Données relatives à l'acuité visuelle de loin de votre patient** | | |
|---|---|---|
| | **SANS CORRECTION** | **AVEC CORRECTION** |
| Œil droit | | |
| Œil gauche | | |
| Binoculaire | | |
| Vision crépusculaire | | |

**Port de lunettes/lentilles obligatoire : *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 : ……

……

Durée proposée : …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'attestation Modèle VIII page 26.**

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

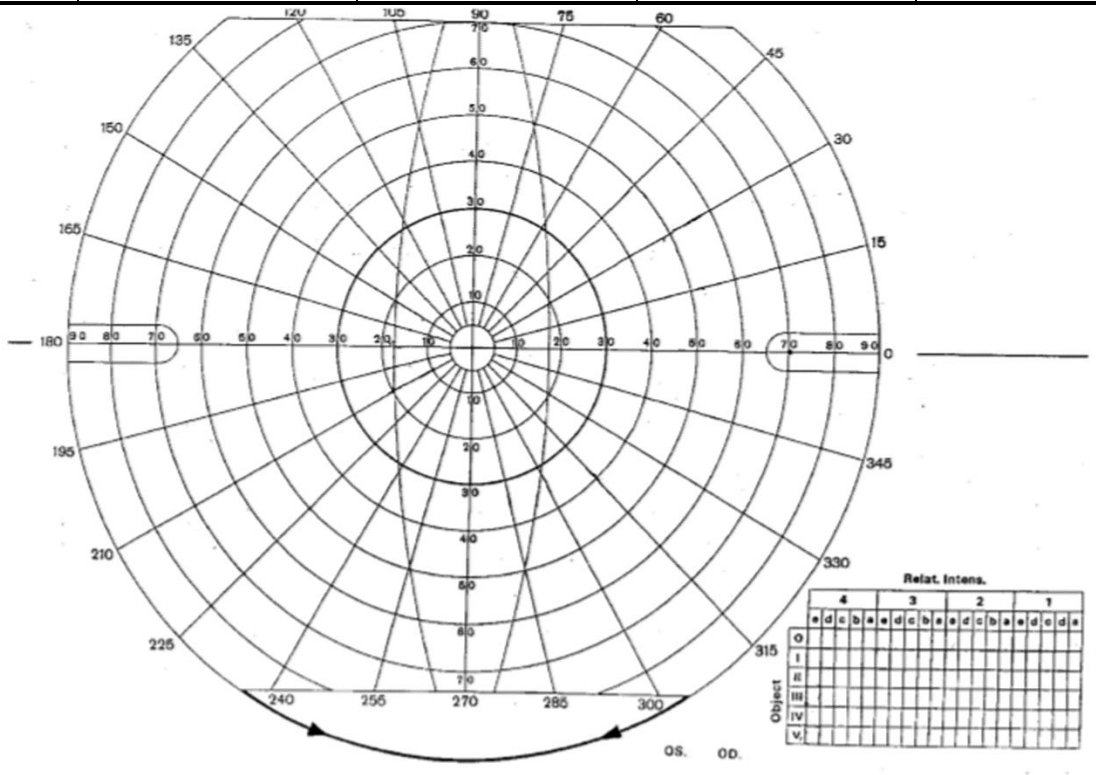
**Dans le cas où l'acuité visuelle binoculaire ne répond pas aux critères visuels (=inférieure à 5/10 mais supérieure à 3/10), mais que le champ visuel binoculaire correspond aux critères visuels,** vous êtes favorable à envoyer votre patient au DAC afin d'évaluer son aptitude à la conduite par un test en situation réelle, conformément au point 2.3.2 de l'annexe 6 de l'arrêté royale relatif au permis de conduire (www.awsr.be/dac) :

**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))

## B. CHAMP VISUEL

| **Votre patient présente à ce jour une atteinte du champ visuel : *OUI* – NON** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CHAMP VISUEL** | **TEMPORAL** | **NASAL** | **SUPÉRIEUR** | **INFÉRIEUR** |
| **Œil droit** | | | | |
| **Œil gauche** | | | | |
| | **GAUCHE** | **DROITE** | **SUPÉRIEUR** | **INFÉRIEUR** |
| **Binoculaire** | | | | |



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

**Dans le cas où le champ visuel binoculaire ne répond pas aux critères visuels, mais que l'acuité visuelle binoculaire correspond aux critères visuels,** vous êtes favorable à envoyer votre patient au DAC afin d'évaluer son aptitude à la conduite par un test en situation réelle, conformément au point 2.3.2 de l'annexe 6 de l'arrêté royale relatif au permis de conduire (www.awsr.be/dac) **:**

**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 insuffisante : *OUI* – NON** |
| **Sensibilité à la luminosité problématique : *OUI* – NON** |
| **Difficulté à conduire un véhicule dans l'obscurité : *OUI* – NON** |

| |
|---|
| **Votre patient présente 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** |
| **Autre pathologie éventuelle** |
| |

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Réservé - Négatif**

**Motivations :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'attestation Modèle VIII page 26.**

| Nom et adresse de l'ophtalmologue : | Numéro INAMI / Cachet de l'ophtalmologue : |
|---|---|
| | Signature : |
| | Date : …… /…… /…… |

**Si un rapport ophtalmologique récent a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 10. ÉTAT DE DÉPENDANCE

### A. CONSOMMATION ABUSIVE

| Consommation abusive ou irresponsable de/d' | Consommation |
|---|---|
| □ alcool | PASSÉE – *ACTUELLE* |
| □ substance(s) illicite(s) | PASSÉE – *ACTUELLE* |
| □ autre substance psychotrope ou médicament susceptible de compromettre l'aptitude à la conduite | PASSÉE – *ACTUELLE* |

| **Dépendance à une substance** | | |
|---|---|---|
| **SUBSTANCE** | **DÉPENDANCE DEPUIS (DATE)** | **ABSTINENCE DEPUIS (DATE)** |
| | …… /…… /…… | …… /…… /…… |
| | …… /…… /…… | …… /…… /…… |
| | …… /…… /…… | …… /…… /…… |

| **Suivi médical mis en place face à la dépendance : OUI - NON** |
|---|
| Précisez:<br><br>Compliance du patient au suivi : **OUI – *NON*** |
| **Conscience de votre patient face à sa dépendance : OUI – *NON*** |
| Si NON, précisez : |
| **Traitement / médication** |
| Précisez :<br><br>Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***<br>L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** **– NON** |
| **Votre patient est informé de l'influence possible de la médication sur la conduite, y compris en combinaison avec d'autres substances : OUI – *NON*** |
| **Nécessité d'un examen neuropsychologique : *OUI* – NON** |
| Si un bilan récent a déjà été réalisé, merci de l'annexer. |

### B. CONSOMMATION THÉRAPEUTIQUE DE MÉDICAMENTS POUVANT AVOIR UNE INFLUENCE NÉGATIVE SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE

| **Médicament(s) et dosage** |
|---|
| |
| **Votre patient est informé de l'influence possible de la médication sur la conduite, y compris en combinaison avec d'autres substances : OUI – *NON*** |
| **Votre patient est informé du temps de latence nécessaire après la prise de ces médicaments avant de prendre le volant : OUI – *NON*** |
| **Pensez-vous que votre patient est suffisamment conscient :** |
| □ Des effets secondaires de l'association de ces médicaments avec l'alcool : **OUI – *NON*** |
| □ Des effets potentiels de la prise de ces médicaments sur la conduite : **OUI – *NON*** |
| □ De l'importance de respecter ce temps de latence après la médication avant de conduire : **OUI – *NON*** |

État de dépendance

| **Votre 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.awsr.be/dac).** | |
|---|---|
| **Positif - Réservé - Négatif**<br>**<u>Motivations</u> :**<br>……<br>……<br>Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **<u>durée de validité</u>** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……<br><br>**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.** | |
| <u>Nom et adresse du spécialiste concerné :</u> | <u>Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :</u><br><br>Signature :<br>Date : …… /…… /…… |

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 11. AFFECTION DES REINS ET DU FOIE

**Diagnostic et date**

**Étiologie**

**Traitement / médication**

Précisez :

Compliance du patient au traitement : **OUI – *NON***
L'aptitude à la conduite est influencée par la médication : ***OUI*** **– NON**

**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***

**Évolution probable ou pronostic**

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Négatif**

**Motivations :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) (biffez la mention inutile)

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| Nom et adresse du néphrologue/interniste : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br><br>Signature :<br><br>Date : …… /…… /…… |
|---|---|

**Si un rapport récent d'un néphrologue a été réalisé, merci de l'annexer.**

## 12. IMPLANT / TRANSPLANTATION D'ORGANE

**POUVANT AVOIR UNE INFLUENCE SUR L'APTITUDE À LA CONDUITE**

**Nature de l'implant ou de la transplantation d'organe(s)**

Date de l'intervention : …… /…… /……

**Étiologie**

**Médicament éventuellement diffusé par l'implant**

- Type :
- Dosage du médicament :
- Contrôle de l'implant par le patient : ***OUI*** **– NON**

**Dysfonctionnement et risque**

**Pompe / Neurostimulateur**

- Risques d'un dysfonctionnement : ***OUI*** **– NON**
  Précisez : ……
- Le système doit être activé ☐ ou désactivé ☐ pendant la conduite
- Connaissance du patient des risques et des symptômes liés aux dysfonctionnements : **OUI –** ***NON***
- Connaissance du patient sur les précautions d'usage : **OUI –** ***NON***

**Votre 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.awsr.be/dac).**

**Positif - Réservé - Négatif**

**Motivations :**

……

……

Si votre patient est atteint d'une pathologie justifiant une limitation dans la **durée de validité** de son permis de conduire, quelle durée maximum proposez-vous ? …… mois / an(s) ou …… /…… /……

**Si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter l'avis d'aptitude page 25.**

| Nom et adresse du médecin spécialiste : | Numéro INAMI / Cachet du médecin qui a complété cette partie :<br><br>Signature :<br>Date : …… /…… /…… |
|---|---|

**Si un rapport récent d'un spécialiste a été réalisé, merci de l'annexer.**

**Le DAC vous remercie de votre collaboration**

## Votre avis d'aptitude à la conduite destiné au médecin concluant du DAC

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

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine générale et/ou spécialiste en ....., déclare par la présente avoir examiné Mr/Mme .....

**J'ai pour avis que mon patient est :**

☐ **inapte à la conduite**

☐ **apte à la conduite, sans adaptation, sans condition, ni restriction**

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

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

- ☐ Limité aux trajets entre 1h après le lever et 1h avant le coucher du soleil
- ☐ Limité aux trajets dans un rayon de ..... km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donné(e) .....
- ☐ Pas de conduite sur autoroute
- ☐ Conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
- ☐ Pas d'alcool
- ☐ .....
- ☐ .....

**Sur base des constations médicales et conformément à l'annexe 6, je suggère :**

☐ une validité d'aptitude illimitée
☐ une validité d'aptitude limitée à ..... mois / an(s) (biffez la mention inutile)

**Identification du patient**

Nom :
Prénom :
Date de naissance : ..... /..... /.....

**Identification du médecin**

Nom :
Prénom :
Date : ..... /..... /.....
Cachet et signature :

**- Docteur, si vous souhaitez fixer des conditions restrictives, merci de compléter cet avis -**

Annexe 2 à l'arrêté royal du 14 décembre 2016 transposant la directive 2015/653/UE de la Commission du 24 avril 2015 modifiant la directive 2006/126/CE du Parlement européen et du Conseil relative au permis de conduire.

## VIII. ATTESTATION D'APTITUDE POUR LE(LA) CANDIDAT(E) AU PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 1, DÉLIVRÉE PAR L'OPHTALMOLOGUE

Je, soussigné(e)……. ophtalmologue, déclare par la présente avoir examiné le (la) candidat(e) mentionné(e) ci-après. Conformément à l'annexe 6 – III de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, le (la) candidat(e) :

☐ est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie ☐ AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐ B+E ☐ G sans conditions ni restrictions (*)

☐ est déclaré(e) inapte à la conduite des véhicules de la catégorie ☐ AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐ B+E ☐ G (*)

☐ peut être déclaré(e) apte après examen par le médecin du centre visé à l'article 45 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, conformément aux dispositions de l'annexe 6, III précitée. Je donne un avis favorable pour la conduite des véhicules de la catégorie ☐ AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐ B+E ☐ G (*) aux conditions ou restrictions ci-dessous (*) :

☐ est déclaré(e) apte à la conduite des véhicules de la catégorie ☐ AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B ☐ B+E ☐ G (*) sous les conditions ou restrictions suivantes (*) :

- ☐ code 01.01 : lunettes
- ☐ code 01.02 : lentilles de contact
- ☐ code 01.05 : couvre-œil
- ☐ code 01.06 : lunettes ou lentilles de contact
- ☐ code 01.07 : aide optique spécifique
- ☐ code 61 : limité aux trajets entre 1h après le lever et 1h avant le coucher du soleil
- ☐ code 62 : limité aux trajets dans un rayon de ..... km autour du domicile ou seulement dans une région (lieu) donnée .....
- ☐ code 63 : limité à la conduite sans passagers
- ☐ code 64 : limité à la conduite à une vitesse inférieure ou égale à …….km/h
- ☐ code 65 : conduite uniquement autorisée accompagnée d'un titulaire d'un permis de conduire
- ☐ code 66 : limité à la conduite sans remorque
- ☐ code 67 : pas de conduite sur autoroutes
- ☐ code 68 : pas d'alcool

Sur base des constatations médicales et, conformément à l'annexe 6, III précitée, cette attestation d'aptitude a, sur le plan ophtalmologique : (*)

☐ une validité illimitée

☐ une validité limitée jusqu'au …… /…… /……

Identification du (de la) candidat(e) Identification du médecin