

3. Maladies, handicaps et consommation de substances

Cette rubrique est à remplir uniquement pour les catégories A, A35kW, A1, B, B1, BE, CE, C1E, DE, D1E, F, G, M

3.1 Souffrez-vous de l'une des maladies ci-après ou suivez-vous un traitement médical pour cette raison :

- **Diabète** (Diabetes mellitus) **ou autre maladie du métabolisme** ? oui non
- **Maladie cardiovasculaire : troubles graves de la tension artérielle, crise cardiaque** (infarctus), **troubles du rythme cardiaque** (pacemaker, défibrillateur), etc. ? oui non
- **Maladie oculaire** (ne sont pas concernés : myopie, presbytie, hypermétropie, astigmatisme) ? oui non
- **Maladie des organes respiratoires** (ne sont pas concernés : les maladies liées à un refroidissement ou l'asthme traité) ? oui non
- **Maladie des organes abdominaux** ? oui non
- **Maladie du système nerveux : attaques cérébrales (AVC), sclérose en plaques, Parkinson, maladie avec apparition de paralysies, etc.** ? oui non
- **Maladie rénale** ? oui non
- **Somnolence diurne accrue ou troubles du sommeil** ? oui non
- **Douleurs chroniques nécessitant un suivi médical** ? oui non
- **Blessures consécutives à un accident incomplètement guéries : blessures crâniennes, cervicales, dorsales ou des membres** (amputation) ? oui non
- **Maladies avec troubles des fonctions cérébrales** (troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, des réflexes, etc.) ? oui non

SPECIMEN

3.2 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- **Problèmes d'alcool, de stupéfiants et/ou de médicaments** (abus/dépendance) ? oui non
- **D'une maladie psychique** (schizophrénie, psychose, maladie maniaque ou grave maladie dépressive, etc.) ? oui non
- **D'épilepsie ou de crises semblables** (si oui joindre un rapport d'un neurologue) ? oui non
- **D'évanouissements / de malaises** ? oui non

3.3 Souffrez-vous d'autres maladies ou handicaps qui vous empêcheraient de conduire avec sûreté un véhicule automobile ?..... oui non

3.4 Remarques ou compléments aux données ci-dessus :

En cas de réponse positive à l'une des questions aux chiffres 3.1 à 3.3, joindre à la présente demande un rapport dûment signé et timbré du médecin traitant ou d'un spécialiste stipulant votre aptitude à la conduite. A défaut, votre demande sera retournée. Votre dossier sera ensuite transmis auprès d'un médecin-conseil de notre service. Une décision vous sera communiquée par courrier.

4. Examen de la vue (valable 24 mois) à compléter par un **opticien diplômé, un médecin ou un ophtalmologue** (tous exerçant en Suisse)

Cette rubrique doit être remplie pour toutes les catégories si le précédent examen de la vue et/ou examen médical remonte/nt à plus de 24 mois

Personne examinée : Nom _____ Prénom _____

4.1 Acuité visuelle (valeurs disponibles sur www.medtraffic.ch) :

Vision lointaine non corrigée : à dr : _____ à g : _____ corrigée : à dr : _____ à g : _____

4.2 Champ visuel horizontal :

- 1^{er} groupe ≥120° <120°
- 2^e groupe ≥140° <140°
- Pertes non oui à droite à gauche
- en haut en bas

faire un contrôle de la vue
chez un opticien

4.3 Mobilité des yeux : les 6 directions ont été examinées : à droite en haut, à droite, à droite en bas, à gauche en haut, à gauche, à gauche en bas.

Diplopie non oui, direction : _____

4.4 Remarques : _____

4.5 Evaluation

Exigences du **1^{er} groupe** :

- sans** correcteurs de vue
- avec** correcteurs de vue
- uniquement avec rapport ophtalmique

Exigences du **2^e groupe** :

- sans** correcteurs de vue
- avec** correcteurs de vue
- uniquement avec rapport ophtalmique

Date : _____ Signature/Sceau : _____

Par votre signature et votre sceau, vous attestez que vous répondez aux exigences de l'article 9 al. 1 de l'ordonnance du 27 octobre 1976 réglant l'admission à la circulation routière (OAC;RS 741.51) et que les données indiquées ci-dessus sont conformes à la réalité.

