

Institut Belge pour la Sécurité Routière asbl
CARA - Aptitude à la conduite et adaptation des véhicules

Chaussée de Haecht 1405 - B-1130 Bruxelles
Téléphone 02/244.15.52 - Téléfax 02/244.15.92
E-mail: CARA@ibsr.be - Internet: www.ibsr.be
TVA BE 432.570.411
Commission Vie privée: 000.86.85.45



Bruxelles, date de la poste

Madame, Monsieur,

Vous êtes candidat - demandeur ou titulaire - d'un permis de conduire du groupe 1 (cat. A3, A, B, B+E) et vous êtes informé ou vous pensez que votre condition physique ne répond pas aux critères médicaux ou vous souffrez d'un trouble fonctionnel pouvant entraîner des difficultés lors de la conduite d'un véhicule à moteur (cyclomoteur - moto - auto - camionnette).

Le CARA déterminera si vous êtes apte à conduire un véhicule, éventuellement moyennant certaines adaptations, conditions et restrictions.

Vous êtes titulaire d'un permis de conduire à validité limitée et désirez avoir une prolongation de la durée de validité.

Veillez remplir le document "Partie A - Informations administratives" de manière lisible et complète. Dans la "Partie B - Déclaration personnelle", nous vous demandons de bien vouloir compléter la colonne "Candidat" et de signer la déclaration.

Vous vous adresserez ensuite à un médecin de votre choix qui parcourra avec vous la "Déclaration personnelle". Ce médecin complétera également les feuilles d'informations médicales avant de transmettre le tout au médecin du CARA.

Quelques jours après la réception de ces documents, un rendez-vous vous sera proposé.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Guido BATEN
Responsable du CARA

Partie A: informations administratives

Photo

Mon aptitude à la conduite a-t-elle déjà été évaluée par le CARA?

Oui Non

Si oui, numéro de dossier:

DOCUMENT A COMPLETER PAR LE CANDIDAT

Nom:

Prénom: Sexe:

Adresse:, n°. bte

Code postal: Commune:

Lieu de naissance: Date de naissance:/...../.....

Pays: Union européenne: Hors Union européenne:

Profession:

Téléphone: privé: bureau:

N° de registre national:

TYPE DE DEMANDE

- 1** Le tribunal
- m'a placé(e) sous minorité prolongée
 - a désigné un gestionnaire de fortune
- 2** Je suis déjà en possession d'un permis de conduire et
- je signale un changement dans mon état physique
 - je désire obtenir une prolongation de la durée de validité de mon permis de conduire (passez aux points 6 et 7)
- 3** Je ne suis **pas** en possession d'un permis de conduire. (passez au point 7)
- 4** Je suis envoyé au CARA par la compagnie d'assurances, l'expert médical, le juge, autre:..... (*) (passez aux points 6 et 7)
- 5** Je suis déchu du droit de conduire par le tribunal, mon permis de conduire m'a été retiré.

Date du jugement:/...../.....

Déchu jusqu'au:/...../.....

Examen: Médical Psychologique Théorie Pratique

Sans examen

Procédure de réhabilitation entamée: Oui Non

- 6 Mon permis de conduire actuel est valable pour les catégories suivantes:
(suivant le modèle de permis: période de délivrance)

A B C D E F Limité au n° de plaque:

ou A1 A2 A3 B C D E

ou A3 A B C C1 D D1 E Numéro de code:

Le permis de conduire a été délivré à:

Le/...../..... N° Permis de Conduire:

Mon permis de conduire actuel remplace le permis de conduire de catégorie:
délivré le:

Mon permis de conduire actuel est une double du permis de conduire de catégorie:
..... délivré le:

Veuillez joindre une photocopie du permis de conduire. (passez au point 7)

- 7 Catégories de permis de conduire souhaité?

A3 A B B+E

Si vous désirez obtenir un permis du groupe 2, veuillez préciser ci-après la catégorie souhaitée. Un entretien préliminaire concernant le groupe 2 peut avoir lieu lors du premier examen.

B (transport rémunéré) C C1 D D1 E

(La demande d'un permis du groupe 2 doit se faire via les médecins habilités en la matière tels que le médecin du travail, le médecin du SSA etc.)

- Au cours des 5 dernières années, j'ai été impliqué dans accidents avec
(date:...../...../.....;...../...../.....;...../...../.....) dégâts matériels uniquement; j'ai provoqué
..... accidents avec blessés légers; j'ai provoqué accidents avec
blessés graves ou décédés.

Au cours des 5 dernières années, j'ai reçu procès-verbaux pour cause
d'infractions au code de la route, dont infractions graves.

J'éprouve des difficultés particulières lors de la conduite avec:
.....
.....

Quasi accidents? Cause:.....
.....

- Je suis exempté du port de la ceinture de sécurité: Oui Non
Si oui, délivré le:/...../.....
N°. exemption:

Je soussigné(e), déclare que les données susmentionnées sont exactes et que je (ne) suis
(pas) (*) déchu(e) du droit de conduire.

Je suis d'accord pour que le médecin désigné par mes soins transmette les informations ci-
jointes ainsi que tout autre information utile pour la détermination de mon aptitude à la conduite
au médecin du CARA.

(*) Biffer les mentions inutiles

Date:

Nom:

Signature:

Partie B: déclaration personnelle

Le candidat doit répondre aux questions par Oui ou par Non dans la colonne 1. Le **médecin** doit répondre aux questions posées par Oui ou par Non dans **la colonne II**.

La partie A de ce questionnaire doit toujours être complétée. Merci d'avance.

Candidat

Médecin

Affections neurologiques

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Avez-vous jamais eu de lésion cérébrale ou crânienne, congénitale ou consécutive à un accident ou à une maladie (par ex. attaque, tumeur, sclérose en plaques,...) | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
| 2. Souffrez-vous d'une affection du système nerveux au niveau de la colonne vertébrale ou des membres? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
| 3. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection pouvant entraîner une diminution de la conscience, une perte de conscience soudaine ou un dysfonctionnement soudain de votre comportement habituel? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous été dans le coma? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous des troubles de perception, d'attention, de concentration, de capacité de jugement, de vitesse de réaction ou du comportement ou ne vous a-t-on jamais dit que vous présentiez un de ces troubles? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |

Affections psychiques

- | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 6. Avez-vous ou avez-vous eu par le passé une affection mentale (psychique ou psychiatrique) ou ne vous a-t-on jamais dit que vous aviez un fonctionnement anormal? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous d'importantes difficultés d'adaptation se traduisant notamment par un comportement routier inadapté, une prise exagérée de risques, un comportement incontrôlé? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |

Epilepsie

- | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 8. Etes-vous atteint d'épilepsie ou avez-vous eu par le passé une ou plusieurs crises d'épilepsie? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Somnolence pathologique

- | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 9. Etes-vous anormalement fatigué pendant la journée ou souffrez-vous, à votre connaissance, d'une maladie qui provoque des troubles du sommeil ou qui entraîne une somnolence excessive en journée? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Troubles locomoteurs

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 10. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection qui se manifeste par une diminution de la force musculaire, une mobilité réduite au niveau des articulations, l'absence ou la paralysie totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, d'un trouble sensoriel, de troubles de l'équilibre ou de la coordination? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Affections du système cardio-vasculaire

- | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 11. A votre connaissance, souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque? (par ex. infarctus, malformation de la valvule cardiaque, arythmie,...) | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
| 12. Etes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
| 13. Avez-vous une tension artérielle soit trop élevée, soit trop basse ou une maladie artérielle? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |

Diabète sucré

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 14. A votre connaissance, êtes-vous atteint de diabète sucré? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Affections du système vestibulaire

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 15. Avez-vous des troubles de l'équilibre, de soudaines pertes d'équilibre ou des vertiges? | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> | Oui
<input type="checkbox"/> | Non
<input type="checkbox"/> |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Institut Belge pour la Sécurité Routière asbl
CARA - Aptitude à la conduite et adaptation des véhicules

Chaussée de Haecht 1405 - B-1130 Bruxelles
Téléphone 02/244.15.52 - Téléfax 02/244.15.92
E-mail: CARA@ibsr.be - Internet: www.ibsr.be
TVA BE 432.570.411
Commission Vie privée: 000.86.85.45



Bruxelles, date de la poste

Cher Confrère,

En vertu de l'AR du 23 mars 1998 relatif au Permis de Conduire, tout patient présentant une diminution de ses capacités fonctionnelles est obligé de s'adresser au CARA pour faire évaluer son aptitude à la conduite. Cette diminution des capacités fonctionnelles peut être due à une atteinte du système musculo-squelettique, une affection du système nerveux central ou périphérique ou toute autre affection pouvant provoquer une limitation de son contrôle moteur, de ses perceptions, de son comportement et de ses capacités de jugement.

Vous trouverez en annexe un questionnaire intitulé "Déclaration Personnelle". Celui-ci doit être complété par le candidat et corrigé ou confirmé par vous-même.

Les feuilles d'informations médicales comportent les mêmes rubriques que la "Déclaration Personnelle". Chaque rubrique où vous aurez répondu par oui sur la "Déclaration Personnelle" doit être complétée par vous-même ou par le médecin spécialisé en la matière conformément à l'annexe 6 de l'AR du 23 mars 1998. Tout médecin consulté doit, dans le cadre de sa spécialité, donner son avis sur l'aptitude à la conduite et sur la durée de validité. Des attestations sont jointes à ce dossier.

Les feuilles d'information dûment complétées, ainsi que toute autre information telle que des copies de rapports ou d'examens médicaux, sont à renvoyer aux médecins du CARA. Dès qu'elles seront en notre possession, votre patient sera convoqué afin de passer l'examen d'aptitude à la conduite en vue de déterminer les adaptations nécessaires, les conditions et/ou restrictions à la conduite.

Une copie de l'attestation d'aptitude à la conduite vous sera envoyée pour information.

D'avance nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et nous vous prions d'agréer, cher Confrère, l'expression de nos salutations confraternelles.

Le Médecin Examineur, Concluant du CARA.

1. Affections neurologiques

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE):
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Implants Oui Non Voir partie 12

Médication actuelle:
.....
.....

La médication a-t-elle une influence sur l'aptitude à la conduite? Oui Non

Le candidat a-t-il été dans le coma? Durée:
Éventuellement durée de l'amnésie posttraumatique:

Le candidat présente-t-il un risque accru de diminution ou de perte de conscience soudaine?
 Oui Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic?
.....
.....
.....

Examen clinique (neurologique - locomoteur) état actuel:

	Mem. Sup. Dr.	Mem. Sup. Ga.	Mem. Inf. Dr.	Mem. Inf. Ga.
Force				
Sens. superf. prof.				
Mobilité				
Tonus-réflexes				
Coordination				
Clonus	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

.....
.....
.....

Le candidat présente-t-il des troubles cognitifs: mémoire, attention, concentration, orientation dans le temps ou dans l'espace, apraxie, agnosie, aphasie (motrice/sensorielle), hémiparésie, anosognosie, perception, fonctions visuo-spatiales, autres:
Si oui, précisez s.v.p.

Le candidat présente-t-il des troubles du comportement, de jugement, de la personnalité Oui Non
Si oui, précisez s.v.p.:

Le candidat présente-t-il des phénomènes anormaux de vieillissement mental? Oui Non
Lesquels?

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du neurologue traitant:

.....

.....

.....

.....

Date:

Numéro INAMI. (cachet)

Signature:

2. Affections psychiques

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (avec date):

.....

.....

.....

.....

Eventuellement classification DSM IV:

.....

Médication actuelle:

.....

.....

La médication a-t-elle une influence sur l'aptitude à la conduite du candidat? Oui Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

.....

.....

Le candidat a-t-il été déclaré inapte par le tribunal? Oui Non Depuis

Le candidat se trouve-t-il en situation d'internement forcé? Oui Non Au

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du psychiatre traitant:

.....

.....

.....

.....

Date:

Numéro INAMI. (cachet)

Signature

3. Epilepsie

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Intervention chirurgicale:

.....

.....

Type de crise, description:

.....

.....

Date de la première crise:

Date de la dernière crise:

Fréquences des crises:

Médication actuelle:

.....

.....

Résultats du dernier EEC

.....

.....

L'EEC présente-t-il des signes épileptique? Oui Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

.....

.....

.....

Avis concernant l'aptitude à la conduite:
COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du neurologue traitant:

.....

.....

.....

.....

Date:
Signature

Numéro INAMI. (cachet)

4. Somnolence pathologique - narcolepsie - cataplexie - apnée du sommeil

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement:

.....
.....
.....
.....
.....

Médication actuelle:

.....
.....

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

.....
.....
.....

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du neurologue/pneumologue traitant:

.....
.....
.....
.....

Date:

Numéro INAMI. (cachet)

Signature

5. Affections du système locomoteur

! En case de lésions cérébrales, compléter uniquement la partie 1 "Affections neurologiques". !

Diagnostic et date:

.....
.....
.....
.....

Traitement:

◆ Intervention chirurgicale (+ date):

.....
.....
.....

◆ Centre de rééducation: Durée: du: au:

◆ Médication actuelle:

.....
.....

Examen clinique (neurologique - locomoteur) état actuel:

	Mem. Sup. Dr.	Mem. Sup. Ga.	Mem. Inf. Dr.	Mem. Inf. Ga.
Force				
Sens. superf. prof.				
Mobilité				
Tonus-réflexes				
Coordination				
Clonus	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

.....

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

.....

Quel est votre avis ou quelles sont vos suggestions concernant l'aptitude à la conduite?

.....

Nom et adresse du médecin traitant/spécialiste:

.....

Date:
 Signature

Numéro INAMI. (cachet)

6. Affections du système cardio-vasculaire

Diagnostic, étiologies et traitement (avec date):

.....

Médication actuelle:

.....

Implantation d'un stimulateur cardiaque? Oui Non Si oui, date:

Implantation d'un défibrillateur? Oui Non Si oui, date:

Autres interventions chirurgicales et date:

.....

Eventuellement NYHA classe:

Quelles est l'évolution probable, pronostic?

.....
.....
.....

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du cardiologue traitant:

.....
.....
.....

Date:

Numéro INAMI. (cachet)

Signature

7. Diabète sucré

Type de diabète:

Début de l'affection:

Traitement actuel:

régime uniquement

médication orale hypoglycémiant depuis:

laquelle? (entourer et indiquer la dose s.v.p.)

- risque d'hypoglycémie: Bevoren, Daonil, Diabinese, Diamicon, Euglucon, Glibenese, Glu-
renorm, Minidiab, Rastinon, Amarylle, Novonorm

dose:

- pas de risque d'hypoglycémie: Glucophage (Metformine), Glucobay (Acarbose), Metformax

dose:

Insuline depuis:

laquelle? (type, schéma et dose)

- matin:

- midi:

- soir:

- au coucher:

Le diabète est-il stable?

Non Oui

Y-a-t-il un risque accru d'hypoglycémies?

Oui Non

Les hypoglycémies sont-elles ressenties suffisamment longtemps à l'avance?

Non Oui

Y-a-t-il un contrôle médical régulier?

Non Oui

par un spécialiste/an

par un médecin généraliste/an

Nombre de comas hypoglycémiques l'année passée?

Le candidat est-il pleinement conscient de son état?

Non Oui

Le candidat suit-il fidèlement son traitement?

Non Oui

Le candidat a-t-il reçu une bonne formation en matière de diabète?

Non Oui

L'affection a-t-elle une influence sur les fonctions visuelles?

Oui Non

L'affection a-t-elle une influence sur le système cardio-vasculaire?

Oui Non

L'affection a-t-elle une influence sur le système nerveux?

Oui

Non

L'affection a-t-elle une influence sur la fonction rénale?

Oui

Non

NB: si oui, veuillez également remplir les rubriques correspondantes

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du médecin/endocrinologue:
.....
.....
.....
.....

Date
Signature

Numéro INAMI. (cachet)

8. Ouïe et système vestibulaire

Diagnostic, étiologie et traitement (avec date)
.....
.....
.....
.....

Médication actuelle:
.....
.....

L'affection peut-elle causer des vertiges, des diminutions de la conscience ou des troubles d'équilibre soudains? Oui Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic?
.....
.....
.....

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse de l'oto-rhino-laryngologue:
.....
.....
.....
.....

Date
Signature

Numéro INAMI. (cachet)

9. Fonctions visuelles

Le candidat qui présente un trouble au niveau des fonctions visuelles doit être adressé à un ophtalmologue. Veuillez remettre au candidat les documents ci-joints, destinés à l'ophtalmologue.

Le renvoi vers un ophtalmologue doit se faire notamment en cas de diminution de l'acuité visuelle (port de lunettes ou de lentilles de contact), champ visuel perturbé, troubles de la motricité oculaire ou ptose, diplopie, vision crépusculaire déficiente, perte de l'usage d'un œil due soit à une affection du nerf optique, soit à une affection ou à une lésion de la rétine ou tout autre affection oculaire.

Diagnostic, étiologie et traitement (avec date):

.....

.....

.....

.....

Médication actuelle:

.....

.....

Antécédents ophtalmologiques:

Inspection: examen biomicroscopique:

Mobilité oculaire - Covertest:

Réflexes pupillaires et cornéens:

	Gauche		Droite			
Fonctions oculaires						
Diplopie						
Acuité visuelle centrale de loin(*)	Sans correction	Avec correction	Sans correction	Avec correction	Dioptrie	Lunettes ou lentilles
Oeil gauche						
Oeil droit						
Binoculaire						
Vision crépusculaire						
Champ visuel (**)	Temporal	Nasal	Nasal	Temporal		
As 0°-180°					Veuillez indiquer le Champ + scotomes	
As 90°-270°						
As 45°-225°						
As 135°-315°						
Binoculaire						

(*) Une correction optique n'est pas seulement obligatoire pour satisfaire aux normes minimales mais également pour conduire un véhicule à moteur en toute sécurité. Dans ce cas, une attestation d'aptitude à la conduite modèle VIII (groupe) ou modèle X (groupe 2) doit être délivrée.

(**) Si le candidat porte une correction optique, la mesure du champ visuel se fait avec cette correction optique.

La mesure se fait à l'aide de l'objet V/4 du périmètre de Goldmann ou un objet similaire. Veuillez joindre le protocole de la mesure.

Acuité visuelle

Le port d'une correction optique est obligatoire. Oui Non

- Si oui: Lunettes
 Lentilles de contact
 Lunettes ou lentilles de contact

Le candidat est apte à conduire un véhicule à moteur en toute sécurité au crépuscule ou dans l'obscurité. Oui Non

Diplopie: Oui Centrale Périphérique
 Non

En cas de diplopie, celle-ci peut être corrigée de manière suffisante à l'aide d'une correction optique, permettant ainsi la conduite d'un véhicule à moteur en toute sécurité Oui Non

Si oui, type: Couverture Oeil droit Lunettes avec prisme
 Verre opaque Oeil gauche

Champ visuel

Le champ visuel est-il intact dans les limites périphériques? Oui Non

Si non, pourquoi?
.....
.....

A votre avis, le candidat présentant une atteinte du champ visuel dans les limites périphériques est-il apte à conduire, mais le renvoyez-vous au CARA pour une évaluation pratique, conformément aux critères médicaux?

- Oui
 Non, car je considère le candidat comme inapte à la conduite

Autres affections

Le candidat a-t-il une vision suffisante des contrastes, une vision suffisante au crépuscule et dans l'obscurité? Oui Non

Le candidat a-t-il des problèmes d'éblouissement, de vue perturbée? Oui Non

Le candidat présente-t-il d'autres affections oculaires? Oui Non

Si oui, lesquelles?
.....
.....

Faut-il fixer certaines conditions ou restrictions? Oui Non

Si oui, lesquelles?
.....
.....

Conclusion concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ l'attestation modèle VIII ci-joint.

Nom et adresse de l'ophtalmologue traitant:
.....
.....
.....

Date:
Signature

Numéro INAMI. (cachet)

10. Substance psychotropes, médicaments et alcool

Abus, dépendance et consommation irresponsable lors de la conduite d'un véhicule à moteur:

En raison d'une consommation abusive d'alcool, de médicaments, de substances psychotropes (1) avant ou pendant la conduite d'un véhicule à moteur, la tâche de conduite a été/est influencée défavorablement: Oui Non

On constate/a constaté une dépendance vis-à-vis de l'alcool, des médicaments, des substances Psychotropes (1) avant ou pendant la conduite d'un véhicule à moteur Oui Non

Période (spécifier éventuellement pour chaque substance): du: au:

Arrêté depuis:/...../.....

Traitement:

Médication actuelle:
.....
.....

Autres (hospitalisation, groupe d'entraide,...):
.....
.....

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant:
.....
.....
.....

Date:

Numéro INAMI. (cachet)

Signature:

(1) Barrer les mentions inutiles.

Consommation de médicaments susceptibles de compromettre l'aptitude à la conduite:

Médication actuelle, doses et éventuellement mention de modifications récentes:

a) médication consommée quotidiennement et moment de la consommation:
.....
.....
.....

b) Médication consommée de manière irrégulière (mentionner également à quelle occasion cell-ci est consommée):
.....
.....
.....

Avez-vous signalé au candidat l'influence et les effets secondaires de ces médicaments? Oui Non

Le candidat est-il suffisamment conscient des risques qu'entraîne la consommation de ces Médicaments pour la conduite? Oui Non

Le candidat connaît-il le temps de latence de la médication, pendant lequel il ne peut pas conduire? Oui Non

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du médecin/spécialiste traitant:

Date:
Signature

Numéro INAMI. (cachet)

11. Affections du foie et des reins

Diagnostic, étiologie et traitement (avec date):

Médication actuelle:

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du médecin traitant:

Date
Signature

Numéro INAMI. (cachet)

12. Implants: transplantations d'organes ou implants artificiels (tels que neurostimulateurs, système d'administration de médicaments,...)

- NB:** - stimulateur cardiaque et défibrillateur automatique: voir "6: système cardio-vasculaire"
- cœur, cristallin, rein, foie, transplantation: voir les rubriques respectives (6,9 en 11)
- prothèses articulaires ou matériel de fixation orthopédique: voir rubrique "5: troubles locomoteurs"

Décrivez la nature de l'implant, la cause, la date, éventuellement le type de médication administrée via le diffuseur de médicaments, le dosage et le schéma d'administration (continu, intermittent,...)

.....
.....
.....
.....

Le patient contrôle-t-il lui-même le fonctionnement du système implanté Oui Non

.....
.....

Quels sont les risques éventuels de dysfonctionnement aigu du système implanté (overdose, ...) et les conséquences possibles sur le fonctionnement du patient?

.....
.....
.....
.....

Le patient a-t-il été averti des risques éventuels? Oui Non

Le patient possède-t-il le mode d'emploi et les conditions d'utilisation? Oui Non

Le patient connaît-il les précautions d'usage? Oui Non

Avis concernant l'aptitude à la conduite:

COMPLETEZ une des attestations modèle VII ci-joint.

Nom et adresse du médecin traitant:

.....
.....
.....
.....

Date
Signature

Numéro INAMI. (cachet)

VII. Avis d'aptitude destinée au médecin du CARA pour le candidat au permis de conduire du groupe 1

Je soussigné(e),, docteur en médecine, déclare par la présente avoir examiné le candidat dont références ci-dessous.

Eu égard à ma spécialité:, je vous fais savoir que le candidat à un **permis de conduire du groupe 1**, en particulier pour la/les catégorie(s) suivante(s) ou sous-catégories: (*)

- A3
- A
- B
- B+E

est inapte à la conduite (**)

est apte à la conduite, sans adaptations, sans conditions ni restrictions (**)

est apte à la conduite aux conditions et/ou restrictions suivantes: (**)

- code 02.01: prothèse auditive unilatérale
- code 02.02: prothèse auditive bilatérale
- code 05.01: limité à la conduite entre 1 heure après le lever du soleil jusqu'à 1 heure avant le coucher du soleil
- code 05.02: limité à la conduite dans un rayon déterminé dekm autour du domicile ou dans un lieu ou une région précise
- code 05.04: limité à la conduite à une vitesse ne dépassant pas la vitesse de.....km/h
- code 05.06: limité à la conduite sans remorque
- code 05.07: non valable sur autoroutes

Sur base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6, III, cet avis d'aptitude a: (**)

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

Identification du candidat

Nom:
Prénom:
Date de naissance:/...../.....
N° de registre national (facultatif)
.....
Adresse:
.....

Identification du médecin

Nom:
Adresse:
.....

Date:

Signature:

Cachet:

(*) Barrer les catégories non valables
(**) Cocher la rubrique d'application

VII. Avis d'aptitude destinée au médecin du CARA pour le candidat au permis de conduire du groupe 1

Je soussigné(e),, docteur en médecine, déclare par la présente avoir examiné le candidat dont références ci-dessous.

Eu égard à ma spécialité:, je vous fais savoir que le candidat à un **permis de conduire du groupe 1**, en particulier pour la/les catégorie(s) suivante(s) ou sous-catégories: (*)

- A3
- A
- B
- B+E

est inapte à la conduite (**)

est apte à la conduite, sans adaptations, sans conditions ni restrictions (**)

est apte à la conduite aux conditions et/ou restrictions suivantes: (**)

- code 02.01: prothèse auditive unilatérale
- code 02.02: prothèse auditive bilatérale
- code 05.01: limité à la conduite entre 1 heure après le lever du soleil jusqu'à 1 heure avant le coucher du soleil
- code 05.02: limité à la conduite dans un rayon déterminé dekm autour du domicile ou dans un lieu ou une région précise
- code 05.04: limité à la conduite à une vitesse ne dépassant pas la vitesse de.....km/h
- code 05.06: limité à la conduite sans remorque
- code 05.07: non valable sur autoroutes

Sur base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6, III, cet avis d'aptitude a: (**)

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

Identification du candidat

Nom:
Prénom:
Date de naissance:/...../.....
N° de registre national (facultatif)
.....
Adresse:
.....

Identification du médecin

Nom:
Adresse:
.....

Date:

Signature:

Cachet:

(*) Barrer les catégories non valables
(**) Cocher la rubrique d'application

VII. Avis d'aptitude destinée au médecin du CARA pour le candidat au permis de conduire du groupe 1

Je soussigné(e),, docteur en médecine, déclare par la présente avoir examiné le candidat dont références ci-dessous.

Eu égard à ma spécialité:, je vous fais savoir que le candidat à un **permis de conduire du groupe 1**, en particulier pour la/les catégorie(s) suivante(s) ou sous-catégories: (*)

- A3
- A
- B
- B+E

est inapte à la conduite (**)

est apte à la conduite, sans adaptations, sans conditions ni restrictions (**)

est apte à la conduite aux conditions et/ou restrictions suivantes: (**)

- code 02.01: prothèse auditive unilatérale
- code 02.02: prothèse auditive bilatérale
- code 05.01: limité à la conduite entre 1 heure après le lever du soleil jusqu'à 1 heure avant le coucher du soleil
- code 05.02: limité à la conduite dans un rayon déterminé dekm autour du domicile ou dans un lieu ou une région précise
- code 05.04: limité à la conduite à une vitesse ne dépassant pas la vitesse de.....km/h
- code 05.06: limité à la conduite sans remorque
- code 05.07: non valable sur autoroutes

Sur base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6, III, cet avis d'aptitude a: (**)

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

Identification du candidat

Nom:
Prénom:
Date de naissance:/...../.....
N° de registre national (facultatif)
.....
Adresse:
.....

Identification du médecin

Nom:
Adresse:
.....

Date:

Signature:

Cachet:

(*) Barrer les catégories non valables
(**) Cocher la rubrique d'application

VIII. Attestation d'aptitude à la conduite pour un candidat au permis de conduire du groupe 1, délivrée par un ophtalmologue.

Je soussigné(e),, ophtalmologue, déclare par la présente avoir examiné le candidat dont références ci-dessous.

Je confirme, conformément aux dispositions de l'annexe 6 - III de l'A.R. du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, que le candidat au permis de conduire des catégories: (*)

A3 A B B + E

est déclaré apte à la conduite, sans conditions ni restrictions (**)

est déclaré inapte à la conduite (**)

peut être déclaré apte à la conduite après un examen effectué par le médecin du centre défini dans l'article 45 de l'A.R. du 23 mars 1998 concernant le permis de conduire, conformément aux dispositions de l'annexe 6, III précitée. J'émetts un avis favorable moyennant la prise en compte des conditions et/ou restrictions suivantes:(**)

est déclaré apte à la conduite aux conditions et/ou restrictions suivantes: (**)

- code 01.01: lunettes
- code 01.02: lentilles de contact
- code 01.03: verre protecteur
- code 01.04: verre opaque
- code 01.05: couvre-œil
- code 01.06: lunettes ou lentilles de contact
- code 05.01: limité à la conduite entre 1 heure après le lever du soleil jusqu'à 1 heure avant le coucher du soleil
- code 05.02: limité à la conduite dans un rayon déterminé de.....km autour du domicile ou dans un lieu ou une région précise.....
- code 05.04: limité à la conduite à une vitesse ne dépassant pas la vitesse de km/h
- code 05.06: limité à la conduite sans remorque
- code 05.07: non valable sur autoroutes

Sur base des constatations médicales et conformément à l'annexe 6, III, cette attestation d'aptitude a d'un point de vue ophtalmologique: (**)

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

Identification du candidat

Nom:

Prénom:

Date de naissance:/...../.....

N° de registre national (facultatif)

.....

Adresse:

.....

Identification du médecin

Nom:

Adresse:

.....

Date:

Signature:

Cachet:

(*) Barrer les catégories non valables

(**) Cocher la rubrique d'application