

Bruxelles, date de la poste

Madame, Monsieur,

Vous êtes candidat - demandeur ou titulaire - au permis de conduire du groupe 1 (cat. A3, A, B, B+E, G) et

- on vous a signalé 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, quad, trike, auto, camionnette, tracteur, ...),
- vous êtes titulaire d'un permis de conduire à validité limitée et désirez proroger sa durée de validité,
- vous êtes envoyé au CARA par les autorités, un médecin examinateur, une compagnie d'assurances ou autre.

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

Veuillez remplir le document « Partie A - Informations administratives » de manière lisible et exhaustive. 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 ». Il complétera également les feuilles d'informations médicales avant de transmettre le tout au médecin du CARA.

Après réception de tous les documents, un rendez-vous vous sera proposé.

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



Mark TANT, PhD
Responsable du CARA

Veuillez renvoyer les documents sous pli suffisamment affranchi. Dans le cas contraire, le courrier n'est pas distribué ou peut être retourné à l'expéditeur.

Partie A: Informations administratives



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

.....

Numéro

.....

Boîte

.....

Code postal

.....

Commune

.....

Date de naissance

.....

Lieu de naissance

.....

Pays: Union européenne

.....

Hors Union européenne

.....

Profession

.....

Téléphone privé

.....

Bureau

.....

E-mail

.....

N° de registre national

.....

TYPE DE DEMANDE

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

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

Déchu(e) 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:
(dépend du modèle de permis: période de délivrance)

A B C D E F Limité au n° d'immatriculation:

ou A1 A2 A3 B C D E

ou A3 A B C C1 D D1 E G 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 un duplicata du permis de conduire de catégorie:
..... délivré le:

Veuillez joindre une photocopie du permis de conduire.

7 Catégories de permis de conduire souhaitées?

A3 A B B+E G

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 de MEDEX, etc.)

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

Presque accidents: nombre:..... Cause:

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

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

- Je suis exempté(e) du port de la ceinture de sécurité: Oui Non

Si oui, exemption délivrée le:/...../.....

N° exemption:

Je, soussigné(e), déclare que les données susmentionnées sont exactes et exhaustives.

Je marque mon accord pour que le médecin désigné par mes soins transmette les informations
ci-jointes ainsi que toute autre information utile pour la détermination de mon aptitude à la
conduite au médecin du CARA. Je comprends que les informations fournies et les résultats des
examens complémentaires soient utilisés pour évaluer mon aptitude à la conduite et ne soient
pas mis à la disposition de tiers, sauf cas de force majeure.

Date:

Nom:

Signature:

Partie B: déclaration personnelle

Le candidat répond aux questions posées par Oui ou par Non dans la première colonne (*Candidat*). Le **médecin** répond aux questions posées par Oui ou par Non dans la **deuxième** colonne (*Médecin*).

Ce volet du questionnaire doit toujours être complété. Merci d'avance.

	<i>Candidat</i>		<i>Médecin</i>	
<u>Affections neurologiques</u>				
1. Avez-vous jamais eu une lésion ou une affection cérébrale, crânienne ou du système nerveux central, 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, d'orientation spatio-temporelle ou vous a-t-on un jour dit que vous présentiez un de ces troubles?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<u>Affections mentales</u>				
6. Avez-vous ou avez-vous eu par le passé une affection mentale (psychique ou psychiatrique) ou vous a-t-on un jour dit que vous présentiez un fonctionnement psychique 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 de risques exagérée, un comportement incontrôlé?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<u>Epilepsie</u>				
8. Êtes-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"/>
<u>Somnolence pathologique</u>				
9. Êtes-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"/>
<u>Troubles locomoteurs</u>				
10. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection qui se traduit par une diminution de la force musculaire, une mobilité réduite au niveau des articulations, une absence ou une paralysie totale ou partielle d'un ou de plusieurs membres, d'un trouble sensoriel, d'un trouble de l'équilibre ou de la coordination?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<u>Affections du système cardiovasculaire</u>				
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. Êtes-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 trop élevée ou trop basse, ou souffrez-vous d'une maladie artérielle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<u>Diabète sucré</u>				
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"/>
<u>Affections du système vestibulaire</u>				
15. Avez-vous des troubles de l'équilibre, des pertes soudaines de l'équilibre ou des vertiges?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Fonctions visuelles

16. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection oculaire (par ex. glaucome, cataracte, perte d'un œil, diplopie, implant de lentille, ...) ou êtes-vous/avez-vous été traité pour une telle affection ? Oui Non Oui Non
17. Votre vue est-elle mauvaise, floue ou voilée ? (vous avez une mauvaise vue si vous ne pouvez pas lire la plaque d'immatriculation d'une voiture à 10 mètres de distance) Oui Non Oui Non
18. Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour voir de loin ? Oui Non Oui Non
19. Votre champ visuel est-il atteint ou y a-t-il des zones, dans votre champ visuel, où votre vision est inexistante? (si vous regardez droit devant vous, vous devez pouvoir distinguer en même temps ce qui se passe à votre gauche et à votre droite, sinon cela signifie que votre champ visuel est atteint) Oui Non Oui Non
20. Votre vision au crépuscule ou dans l'obscurité est-elle réduite ou inexistante? Oui Non Oui Non

Alcool, substances psychotropes

21. Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue, des narcotiques ou des stimulants? Oui Non Oui Non
22. Votre consommation d'alcool est-elle excessive, êtes-vous en état de dépendance vis-à-vis de l'alcool, en abusez-vous ou ne pouvez-vous pas vous abstenir d'en boire avant de prendre le volant, ou est-ce que ce fut le cas par le passé? Oui Non Oui Non

Affections rénales et hépatiques

23. A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection rénale ou hépatique? Oui Non Oui Non

Implants

24. Avez-vous subi une transplantation d'organe? Oui Non Oui Non
25. Vous a-t-on posé un implant? (appareil implanté dans l'organisme lors d'une opération) Oui Non Oui Non

Autres troubles

26. Souffrez-vous d'un trouble fonctionnel autre que ceux mentionnés ci-dessus, susceptible de limiter vos capacités fonctionnelles lors de la conduite d'un véhicule à moteur et pouvant présenter un danger lors de celle-ci? Oui Non Oui Non

Médicaments

27. Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels? (indiquez ceux que vous consommez régulièrement et ceux que vous prenez occasionnellement, en précisant la dose) Oui Non Oui Non

A compléter uniquement par le candidat

Régulièrement:
.....
Occasionnellement:
.....

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir répondu de manière loyale et exhaustive aux questions posées ci-dessus.

Le médecin est prié, s'il répond par **oui** à une des pathologies, de compléter les feuilles d'informations correspondantes (voir plus loin) ou, si nécessaire, de les faire remplir par le spécialiste en la matière.

Date:

Date:

Signature du demandeur:

Signature du médecin:

Nom et adresse du médecin:.....

Numéro INAMI
Cache

Bruxelles, date de la poste

Cher Confrère,

En vertu de l'AR du 23 mars 1998, 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 (art. 45).

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, pour laquelle la réponse est « oui » dans 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.

Afin de pouvoir diriger votre patient de manière optimale vers un spécialiste, vous pouvez, si vous en disposez, me transmettre une copie des rapports de traitement, des bilans d'entrée et de sortie. Si nécessaire, j'adresserai, par votre biais, le patient à un spécialiste.

Les feuilles d'informations dûment complétées, ainsi que tout autre document tel que des copies de rapports ou d'examens médicaux, sont à renvoyer au médecin du CARA. Une fois ces feuilles en notre possession, votre patient sera convoqué pour l'examen d'aptitude à la conduite en vue de déterminer les adaptations, conditions et restrictions nécessaires.

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

Le Médecin Examineur, Concluant du CARA.



Bruxelles, date de la poste

Cher médecin référent,

Si vous souhaitez recevoir une copie des attestations délivrées, veuillez indiquer lisiblement vos coordonnées ci-dessous.

1. Votre adresse e-mail:

2. Votre adresse
Medimail:

3. Votre numéro de fax:

4. Votre adresse:

Nom

Rue + n°

Code postal

Lieu

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

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

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

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:
.....
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

Nom et adresse du neurologue traitant:
.....
.....

Date:

Numéro INAMI (cachet)

Signature:

2. Affections mentales

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 la situation médicale actuelle du candidat?
.....
.....

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

Le candidat se trouve-t-il en situation des mesures de protection de la personne (anciennement collocation) Oui Non Jusqu'à :

Le candidat est-il placé sous contrat post-cure obligatoire? Oui Non Jusqu'à :

Le tribunal a-t-il désigné un administrateur de biens? Oui Non Depuis:

Le candidat est-il interné ? Oui Non Jusqu'à :

Le tribunal a-t-il placé le candidat sous statut de minorité prolongée? Oui Non Depuis: ...

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:

.....

.....

.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

Nom et adresse du psychiatre traitant:

.....

.....

.....

Date:
Signature

Numéro INAMI (cachet)

3. Epilepsie

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement:

.....

.....

.....

.....

.....

Intervention chirurgicale:

.....

.....

Type de crise, description:

.....

.....

Date de la première crise:/...../..... **Date de la dernière crise:**/...../.....

Fréquence des crises:

Médication actuelle:

.....

.....

Résultats du dernier EEG :

L'EEG montre-t-il des anomalies épileptiques? Oui Non

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat?

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre avis concernant l'aptitude à la conduite : favorable défavorable réservé

Motif:

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

Nom et adresse du neurologue traitant:

Date:
Signature

Numéro INAMI (cachet)

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

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE):

Médication actuelle/traitement:

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat?

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

.....

.....

.....

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:

.....

.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

Nom et adresse du neurologue/pneumologue traitant:

.....

.....

Date:
Signature

Numéro INAMI (cachet)

5. Affections du système locomoteur

En cas de lésions cérébrales, complétez uniquement la partie 1 "Affections neurologiques"

Diagnostic et date:

.....

.....

.....

Traitement:

◆ Intervention chirurgicale (+ date):

.....

.....

◆ Centre de rééducation: *Durée: du:* *au:*

◆ Médication actuelle:

.....

.....

Situation actuelle:

Examen clinique (locomoteur - neurologique)

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

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

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

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

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:

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

Nom et adresse du médecin traitant/spécialiste:

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

Date: Numéro INAMI (cachet)
Signature

6. Affections du système cardiovasculaire

Diagnostic, étiologie éventuelle 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, classe NYHA (*):

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat?

Quelles est l'évolution probable, pronostic?

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

Nom et adresse du médecin traitant/spécialiste:

Date:
Signature

Numéro INAMI (cachet)

- (*) Classe I Patient avec souffrance cardiaque sans symptôme ; des efforts physiques normaux n'entraînent ni fatigue, ni palpitations cardiaques, ni dyspnée ni douleurs angineuses.
Classe II Patient sans symptôme au repos qui en présente à la suite d'efforts normaux
Classe III Patient sans symptôme au repos qui en présente à la suite de faibles efforts
Classe IV Patient avec symptômes au repos.

7. Diabète sucré

Type de diabète:

Début de l'affection:

Traitement actuel:

régime uniquement

médication orale hypoglycémiante depuis:
laquelle? (entourer et indiquer la dose s.v.p.)

- risque d'hypoglycémie ⁽¹⁾: Bevoen, Daonil, Diabenese, Diamicron, Euglucon, Glibenese, Glurenorm, Minidiab, Rastinon, Amarylle, Novonorm, autre :

dose:

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

dose:

Insuline depuis ⁽¹⁾:

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⁽¹⁾ 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 affection? Non Oui

Le candidat suit-il fidèlement son traitement? Non Oui

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

L'affection a-t-elle une influence sur les fonctions visuelles? ⁽²⁾ Oui Non

L'affection a-t-elle une influence sur le système cardiovasculaire? ⁽²⁾ Oui Non

L'affection a-t-elle une influence sur le système nerveux? ⁽²⁾ Oui Non

L'affection a-t-elle une influence sur la fonction rénale? ⁽²⁾ Oui Non

⁽¹⁾ un rapport endocrinologique est requis.

⁽²⁾ si oui, les chapitres correspondants (respectivement 9, 6, 1, 11) doivent également être complétés.

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** :

favorable défavorable réservé

Motif:

.....

.....

.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

Nom et adresse du médecin traitant/endocrinologue:

Date
Signature

Numéro INAMI (cachet)

8. Ouïe et système vestibulaire

Diagnostic, étiologie éventuelle 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 la situation médicale actuelle du candidat?

Quelle est l'évolution probable, pronostic?

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre avis concernant l'aptitude à la conduite : favorable défavorable réservé

Motif:

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

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

Date
 Signature

Numéro INAMI (cachet)

9. Fonctions visuelles

Comme le prescrit la loi, le candidat présentant un trouble au niveau des fonctions visuelles doit être adressé à un ophtalmologue.

Le renvoi vers un ophtalmologue doit se faire en cas de diminution des fonctions visuelles, notamment en cas de diminution de l'acuité visuelle (entre autres, port de lunettes ou de lentilles de contact) ou du champ visuel, de troubles de la motricité oculaire ou ptose, de diplopie, de vision crépusculaire perturbée, de 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.

Diagnostic, étiologie éventuelle et traitement (AVEC DATE):

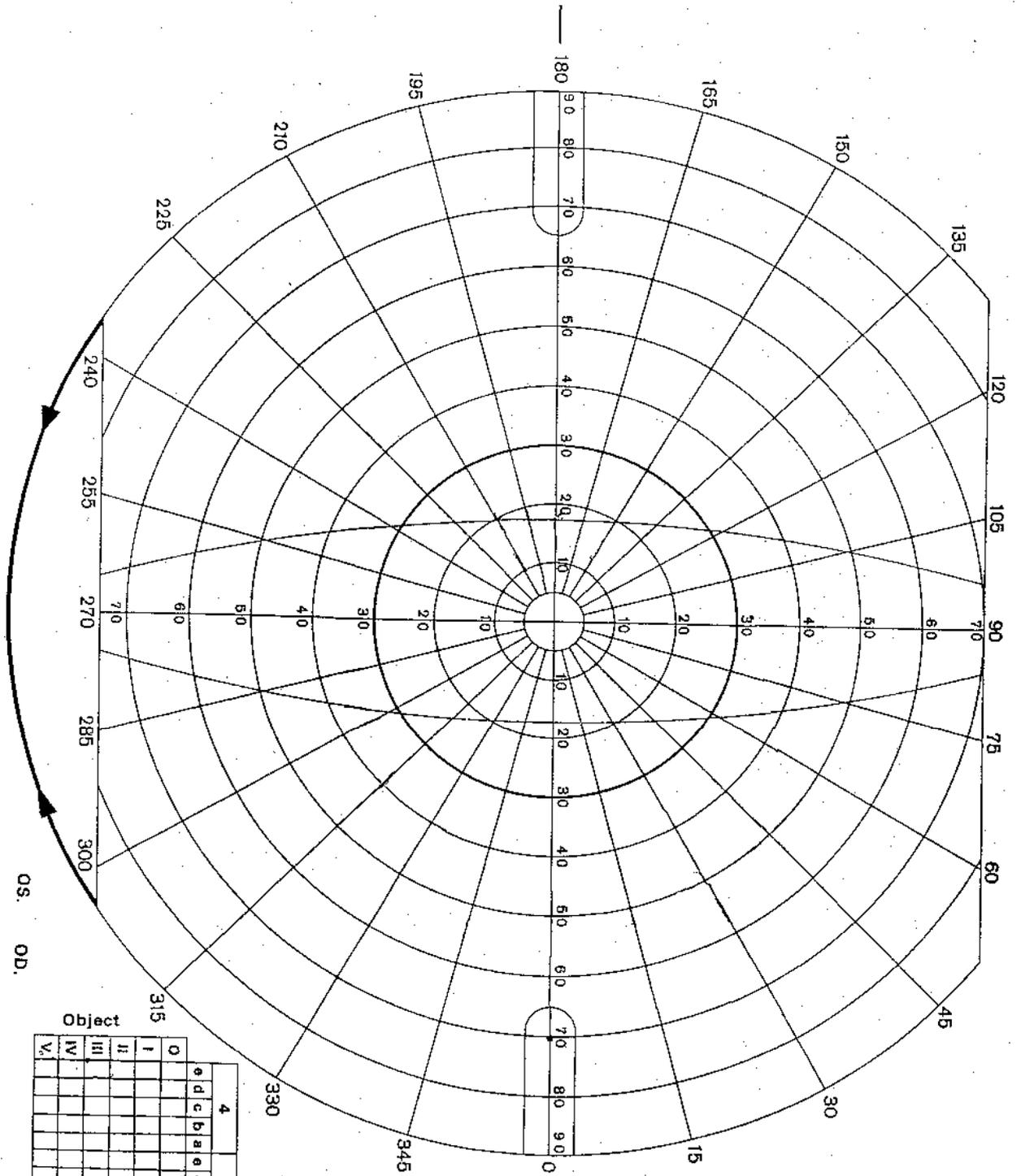
Médication actuelle:

Antécédents ophtalmologiques:
 Inspection: examen biomicroscopique:
 Mobilité oculaire - Covertest:
 Réflexes pupillaires et cornéens:

Acuité visuelle de loin	Sans correction	Avec correction	Lunettes/ Lentilles	Dioptrie
Œil gauche			Lu/Le	
Œil droit			Lu/Le	
Binoculaire				
Vision crépusculaire				
Champ Visuel (*)	Temporal	Nasal	Supérieur	Inférieur
Œil gauche	°	°	°	°
Œil droit	°	°	°	°
	Gauche	Droite	Supérieur	Inférieur
Binoculaire	°	°	°	°

(*) 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'isoptère V/4 du périmètre de Goldmann ou d'un objet similaire. Veuillez joindre le protocole de la mesure ou fournir une présentation précise.



Object	Relat. Intens.			
	4	3	2	1
0	e	d	c	b
I	d	c	b	a
II	c	b	a	e
III	b	a	e	d
IV	a	e	d	c
V	e	d	c	b

Acuité visuelle

Le port d'une correction optique est-il obligatoire (*) ? Oui Non

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

(*) Une correction optique est obligatoire non seulement 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 1) ou modèle X (groupe 2) doit être délivrée.

Le candidat est-il apte à conduire un véhicule à moteur en toute sécurité au crépuscule et dans l'obscurité ? Oui Non

Diplopie: Oui Centrale Périphérique
 Non

En cas de diplopie, celle-ci peut-elle 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 sur : Œil gauche
 Verre opaque Œil droit
 Lunettes avec prisme

Champ visuel

Le candidat présente-t-il une atteinte du champ visuel? Oui Non

Si oui, laquelle (monoculaire, binoculaire, concentrique, latéralisée, scotome, relative, absolue...)? :

.....
.....

Vous estimez que le candidat présentant une atteinte du champ visuel est apte à conduire, mais le renvoyez 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? Oui Non

Le candidat a-t-il des problèmes d'éblouissement, est-il gêné par la lumière diffuse? Oui Non

Le candidat présente-t-il d'autres affections oculaires, des troubles visuels ou des restrictions? Oui Non

Si oui, lesquelles?

.....
.....

Estimez-vous souhaitable de fixer certaines conditions ou restrictions?

Oui Non La décision revient au Cara

Si oui, lesquelles?

.....
.....

Vous êtes tenu, conformément à la disposition légale, de compléter l'attestation d'aptitude à la conduite modèle VIII ci-jointe.

Nom et adresse de l'ophtalmologue traitant:

Date:
Signature

Numéro INAMI (cachet)

10. Substances psychotropes, médicaments et alcool

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

Il y a/a eu^(*) consommation abusive ou irresponsable d'alcool, de médicaments, de substances psychotropes avant ou pendant la conduite d'un véhicule à moteur, de sorte que la tâche de conduite est/a été influencée défavorablement: Oui Non

On constate/a constaté^(*) une dépendance, un abus d'alcool, de médicaments, de substances psychotropes Oui Non

^(*) Biffer les mentions inutiles

Période (spécifiez éventuellement pour chaque substance):

Substance :..... du: au:
Substance :..... du: au:
Substance :..... du: au:
Arrêté depuis le:/...../.....

Traitement:

Médication actuelle:

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

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat?

Le candidat est-il suivi médicalement ? Oui Non

Fréquence :.....
Par qui :

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:
.....
.....
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

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

Date:

Numéro INAMI (cachet)

Signature:

N.B. : Le candidat peut, comme condition de délivrance de l'attestation d'aptitude à la conduite, être soumis à un « contrat alcool » ou à un « contrat drogues ».

Utilisation thérapeutique de médicaments susceptibles d'influencer défavorablement le comportement routier :

Médication actuelle, doses et, éventuellement, mention de modifications récentes:

a) médication journalière et moment de la prise:
.....
.....
.....

b) médication irrégulière (mentionnez également à quelle occasion celle-ci est ingérée):
.....
.....
.....

Avez-vous signalé au candidat l'influence et les effets secondaires de ces médicaments, y compris de leur combinaison et de l'association avec l'alcool? 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 et le respecte-t-il? Oui Non

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:
.....
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

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

Date:
Signature

Numéro INAMI (cachet)

11. Affections hépatiques et rénales

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

Médication actuelle:
.....

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat?
.....
.....

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

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:
.....
.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

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

Date
Signature

Numéro INAMI (cachet)

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

N.B.: - stimulateur cardiaque et défibrillateur automatique : voir « 6. Affections du système cardiovasculaire »

- cœur, cristallin, rein, foie, transplantations : voir les rubriques respectives (6, 9 et 11)

- prothèses articulaires ou matériel de fixation orthopédique : voir rubrique « 5. Affections du système locomoteur »

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 dysfonctionnements aigus du système implanté (overdose, hyperstimulation...) et les conséquences possibles pour le patient ?

.....

Quels sont les risques éventuels du fonctionnement du système implanté et les conséquences éventuelles pour le patient ?

.....

.....

Le système doit-il être activé ou désactivé pendant la conduite ? Activé Désactivé

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 du fabricant? Oui Non

Quelle est la situation médicale actuelle du candidat?

.....

.....

.....

Le candidat a-t-il suffisamment conscience de son problème, est-il discipliné et suit-il son traitement? Oui Non

Comme le prescrit la loi, vous êtes tenu d'émettre votre **avis concernant l'aptitude à la conduite** : favorable défavorable réservé

Motif:

.....

.....

.....

Vous pouvez, à titre d'avis, compléter une des attestations modèle VII ci-jointes.

Nom et adresse du médecin traitant/spécialiste:

.....

.....

.....

Date
Signature

Numéro INAMI (cachet)

Avis: Attestation Modèle VII

VII. AVIS D'APTITUDE À LA CONDUITE DESTINÉ AU MEDECIN 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 au **permis de conduire du groupe 1**, en particulier pour la catégorie suivante (*) :

- A3
- A
- B
- B+E
- G

- est inapte à la conduite (**)
- est apte à la conduite, sans adaptation, condition ni restriction (**)
- est apte à la conduite aux conditions ou restrictions suivantes (**) :
 - 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 de _____ km autour du domicile ou uniquement dans un lieu/une région précise _____
 - code 05.04: limité à la conduite à une vitesse ne dépassant pas _____ km/h
 - code 05.06: limité à la conduite sans remorque
 - code 05.07: non valable sur autoroute
 - autres codes:

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

- une validité illimitée
- une validité limitée au :

Identification du candidat
Nom _____
Prénom _____
Date de naissance <input type="checkbox"/>
N° de registre national (facultatif)
<input type="checkbox"/>
Adresse _____

Identification du médecin
Nom _____
Adresse _____

Date <input type="checkbox"/>
Signature
Cachet

(*) Cocher les catégories valables et barrer intégralement d'un trait horizontal les catégories non valables.
(**) Cocher la rubrique d'application.

Avis: VIII. ATTESTATION D'APTITUDE À LA CONDUITE POUR LE CANDIDAT AU PERMIS DE CONDUIRE DU GROUPE 1, DELIVRÉE PAR UN OPHTALMOLOGUE.

Je soussigné(e), _____, ophtalmologue, déclare par la présente avoir examiné le candidat dont références ci-dessous. Je confirme que, conformément aux dispositions de l'annexe 6 - III de l'Arrêté Royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, le candidat au permis de conduire valable pour la catégorie (*) :

A3 A B B+E G

- est apte à la conduite, sans condition ni restriction (**)
- est inapte à la conduite (**)
- peut être déclaré apte à la conduite après un examen effectué par le médecin du centre défini 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. J'émet un avis favorable, moyennant la prise en compte des conditions ou restrictions suivantes (**):
- est apte à la conduite aux conditions 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 de _____ km autour du domicile ou uniquement dans un lieu/une région précise _____
 - code 05.04 limité à la conduite à une vitesse ne dépassant pas _____ km/h
 - code 05.06 limité à la conduite sans remorque
 - code 05.07 non valable sur autoroute

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

- une validité illimitée
- une validité limitée au :

Identification du candidat
Nom _____
Prénom _____
Date de naissance <input type="checkbox"/>
N° de registre national (facultatif)
<input type="checkbox"/>
Adresse _____

Identification du médecin
Nom _____
Adresse _____

Date <input type="checkbox"/>
Signature
Cachet

(*) Cocher les catégories valables et barrer intégralement d'un trait horizontal les catégories non valables.
(**) Cocher la rubrique d'application.