

## DOSSIER D'INFORMATIONS

Date :

Afin de nous aider à préparer au mieux votre évaluation, merci de bien vouloir remplir ce dossier en cochant les cases correspondant à votre situation.

Pour que votre dossier d'informations soit complet, merci de nous faire parvenir les éléments suivants:

- ▶ ce document rempli avec votre médecin (médecin traitant ou médecin spécialiste)
- ▶ un compte rendu médical récent décrivant les gênes dues à votre maladie, à votre accident ou à votre handicap
- ▶ une copie du compte rendu d'évaluation conduite si vous en avez déjà effectuée une en centre de rééducation et de réadaptation
- ▶ une copie des comptes rendus d'évaluation neuropsychologique, ophtalmologique et orthoptique si vous avez effectué ces évaluations
- ▶ une photocopie de votre permis de conduire si vous en êtes déjà titulaire.
- ▶ un chèque de 300€ à l'ordre du CEREMH

### ***Vos coordonnées***

Nom de naissance:

Nom d'époux :

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone portable:

Téléphone fixe:

Email :

### ***Votre situation professionnelle***

étudiant

sans emploi

retraité

salarié

recherche d'emploi

### *Vos motivations pour conduire*

Pouvez-vous nous préciser ci-dessous vos motivations:

### *Vos modes de déplacements*

- vous vous déplacez en transports adaptés ou en taxi
- vous avez un véhicule adapté et une personne pour conduire
- vous n'avez pas de véhicule, un proche vous emmène
- vous vous déplacez en transport en commun
- autre :

### *Vos habitudes de conduite antérieures (pour les détenteurs d'un permis)*

**Possédez-vous le permis de conduire:**

non       oui  **si oui, nous faire parvenir une copie de votre permis**

Combien d'années avez-vous conduit ?

Combien de kilomètres parcouriez-vous par semaine ?

Depuis quand n'avez-vous pas conduit ?

### *Votre situation administrative*

**Avez-vous effectué des démarches administratives auprès de la Commission Médicale**

**Préfecturale du permis de conduire?**

- oui    **si oui, nous faire parvenir une copie du document**
- non

**Avez-vous un dossier de prestation de compensation au sein de votre MDPH?**

oui      si oui, indiquez les coordonnées ci-dessous d'une personne de l'équipe évaluatrice:

non

**Êtes-vous en relation avec une assistante sociale ? :**

oui       non

Si oui, quelles sont ses coordonnées:

***Informations complémentaires***

Dans le cadre d'une évaluation au CEREMH serez-vous accompagné(e) par une tierce personne:

oui       non

Si vous utilisez une aide technique au déplacement, laquelle ?

canne

déambulateur

scooter électrique

tricycle

fauteuil roulant manuel

fauteuil roulant électrique

autre :

Pour nous assurez que vous puissiez accéder à l'intérieur du véhicule, pouvez-vous indiquer:

- votre marque et nom de fauteuil :

- votre taille et votre poids :

vous êtes une personne de petite taille ?

- votre taille lorsque vous êtes assis dans votre fauteuil :

- pouvez-vous vous transférer ? :  Non  Seul  Avec aide, précisez (planche, lève-personne, tierce personne)

**Pour pouvoir réaliser l'évaluation en toute sécurité, il est INDISPENSABLE que votre fauteuil soit pourvu d'accroches-taxi et d'un appui-tête.**

DECLARATION DE SITUATION MEDICALE

*Vous devez répondre aux questions en cochant Oui ou Non dans la colonne I.*

*La colonne II est destinée aux réponses de votre médecin. Après ce questionnaire, **le médecin est prié de donner son avis** (favorable, défavorable ou réservé) concernant l'aptitude à la conduite ou de solliciter l'avis d'un confrère spécialisé dans le domaine.*

*Si vous avez une affection neuropsychologique, un **bilan neuropsychologique** est indispensable.*

	<b>I</b> <b>Vous</b>		<b>II</b> <b>Médecin</b>	
<b>Affections neurologiques</b>				
-Avez-vous eu une lésion ou une affection cérébrale, crânienne ou du système nerveux central, congénitale ou consécutive à un accident ou à une maladie (ex : attaque, tumeur, SEP....) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-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"/>
-A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection pouvant entraîner une diminution de la conscience, une perte de conscience soudaine ou un dysfonctionnement de votre comportement habituel ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Avez-vous été dans le coma ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Affections cognitives</b>				
-Avez-vous eu 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 dit que vous présentiez un de ces troubles ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui, il faut nous faire parvenir une copie d'un compte-rendu neuropsychologique</b>				
<b>Affections mentales</b>				
-Avez-vous un handicap mental (difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Avez-vous ou avez-vous eu par le passé une affection mentale psychique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Avez-vous eu d'importantes difficultés d'adaptation se traduisant par un comportement (routier) inadapté, une prise de risque exagérée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### Troubles locomoteurs

-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 plusieurs membres, d'un trouble sensoriel, d'un trouble de l'équilibre ou de la coordination ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Epilepsie

-Êtes-vous atteint d'épilepsie ou avez-vous eu dans le passé une à plusieurs crises d'épilepsie ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Si oui, indiquez la date de votre dernière crise : .....

### Somnolence pathologique

-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	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Affections du système cardiovasculaire

-A votre connaissance, souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque ? (ex : infarctus, arythmie... ) ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Avez-vous une tension artérielle trop élevée ou trop basse, ou souffrez-vous d'une maladie artérielle ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Diabète sucré

-A votre connaissance, êtes-vous atteint de diabète sucré ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Affection du système vestibulaire

-Avez-vous des troubles de l'équilibre, des pertes soudaines de l'équilibre ou des vertiges ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fonctions visuelles

-A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection oculaire (ex : glaucome, cataracte, diplopie....) ou êtes-vous ou avez-vous été traité pour une telle affection ?

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Votre vue est-elle mauvaise, floue ou voilée ? (votre vue est mauvaise si vous ne pouvez lire la plaque d'immatriculation à 10 mètres de distance)

Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour voir de loin ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Votre champ visuel est-il atteint ou avez-vous des zones, où votre vision Non est inexistante ? (Si vous regardez droit devant vous, vous devez pouvoir distinguer ce qui se passe à votre gauche et à votre droite, sinon, cela signifie que votre champ visuel est atteint). <i>Si oui, il faut nous faire parvenir une copie d'un compte-rendu ophtalmologique.</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Avez-vous eu besoin de consulter un(e) orthoptiste ? <i>Si oui, il faut nous faire parvenir une copie d'un compte-rendu ophtoptique.</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Votre vision au crépuscule ou dans l'obscurité est-elle réduite ou inexistante ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Fonctions auditives :</b>				
- Avez-vous des difficultés à entendre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Portez-vous un appareil auditif ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Alcool, substances psychotropes</b>				
-Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue, des narcotiques ou des stimulants ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Votre consommation d'alcool est-elle excessive, êtes-vous en état de Non dépendance ou est-ce que ce fut le cas par le passé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Affections rénales et hépatiques</b>				
-A votre connaissance, souffrez- vous d'une affection rénale ou hépatique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Implants</b>				
-Avez-vous subi une transplantation d'organe ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Vous a-t-on posé un implant ? (Appareil implanté dans l'organisme lors d'une opération)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Autres troubles</b>				
-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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### Médicaments

-Prenez-vous des médicaments ?

Oui  Non  | Oui  Non

-Si oui, lesquels prenez-vous régulièrement et précisez les doses :

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

### *Vos capacités*

Quelles sont vos capacités fonctionnelles pour conduire:

- Vous pouvez utiliser vos quatre membres
- Vous pouvez utiliser les membres inférieurs et un membre supérieur
- Vous pouvez utiliser les membres supérieurs et un membre inférieur
- Vous pouvez utiliser vos deux membres inférieurs
- Vous pouvez utiliser vos deux membres supérieurs
- Vous pouvez utiliser vos deux membres supérieurs mais vous manquez de force
- Vous pouvez utiliser les membres supérieurs et inférieurs d'un seul coté

Avez-vous des précisions à apporter ?

Pouvez-vous préciser votre pathologie?

### *Complément*

Etes-vous suivi par un centre de rééducation et de réadaptation, une association, etc. ?

Si oui, lequel ?

Avez-vous été évalué en vue de donner un avis sur votre aptitude à la conduite ?

oui  non  **si oui, dans quel centre?**

**Faites-nous parvenir une copie du compte-rendu d'aptitude à la conduite.**

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts :

Date :

Date :

Signature du demandeur :

Signature du médecin :

Coordonnées du médecin :

Cachet du médecin :

**Avis de votre médecin concernant vos démarches  
pour la conduite automobile adaptée**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, émets un avis :

- favorable**
- défavorable**
- réservé** : *préciser* :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

concernant la possibilité de réalisation d'une évaluation de conduite automobile avec les adaptations nécessaires de :

Melle, Mme, M. \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

Signature :

\_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin :

\_\_\_\_\_

Cachet du médecin :

\_\_\_\_\_