
Dossier administratif pour la réalisation d'une évaluation d'aptitude à la conduite au CEREMH

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.
- Le cas échéant une copie du compte rendu d'évaluation conduite si vous en avez déjà effectuée une en centre de rééducation et de réadaptation
- Le cas échéant une copie des comptes rendus d'évaluation neuropsychologique, ophtalmologique et orthoptique si vous avez effectué ces évaluations.
- Le cas échéant une photocopie de votre permis de conduire si vous en êtes déjà titulaire.
- Un chèque de 350 € à l'ordre du CEREMH

Vos coordonnées	
Nom :	
Prénom :	
Nom de naissance :	
Adresse :	
Code postal :	
Téléphone portable :	
Téléphone Fixe :	
Email :	

Votre situation professionnelle
<input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi

Vos motivations pour conduire
Merci de préciser ci-dessous vos motivations pour réaliser cette évaluation à la conduite :

Vos modes de déplacement

- 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, précisez :

Vos habitudes de conduite antérieures

Possédez-vous le permis de conduire ?

- Non
- Oui

Si oui, merci de préciser :

Nombre d'année de conduite :	
Nombre de kilomètre parcouru par semaine :	
Depuis quand n'avez-vous pas conduite ?	

Votre situation administrative

Avez-vous effectué des démarches administratives auprès de la Commission Médicale Préfectorale du permis de conduire ?

- Non
- Oui => **merci de nous faire parvenir une copie du document.**

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

- Non
- Oui => **merci de préciser les coordonnées d'une personne de l'équipe évaluatrice ci-dessous**

Nom et Prénom :	
Téléphone :	
Mail :	
Adresse de la MDPH :	

Êtes-vous en relation avec une assistante sociale ?

- Non
- Oui => merci de préciser les coordonnées de l'assistante sociale ci-dessous :

Nom et Prénom :	
Téléphone :	
Mail :	
Adresse de la MDPH :	

Déclaration de situation médicale

Vous devez répondre aux questions en cochant Oui ou Non dans la première colonne. La seconde colonne est destinée aux réponses de votre médecin.

Après ce questionnaire le médecin est prié de donner son avis (favorable, défavorable, 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.

Affections neurologiques	Vous	Le médecin
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....) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous d'une affection du système nerveux au niveau de la colonne vertébrale ou des membres ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été dans le coma ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Affections cognitives	Vous	Le médecin
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, merci de nous faire parvenir une copie d'un compte rendu neuropsychologique		

Affections mentales	Vous	Le médecin
Avez-vous un handicap mental (difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous ou avez-vous eu par le passé une affection mentale psychique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu d'importantes difficultés d'adaptation se traduisant par un comportement (routier) inadapté, une prise de risque exagérée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Troubles locomoteurs	Vous	Le médecin
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Epilepsie	Vous	Le médecin
Êtes-vous atteint d'épilepsie ou avez-vous eu dans le passé une à plusieurs crises d'épilepsie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez la date de votre dernière crise :		

Somnolence pathologique	Vous	Le médecin
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Affections du système cardiovasculaire	Vous	Le médecin
A votre connaissance, souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie cardiaque ? (ex : infarctus, arythmie...)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous une tension artérielle trop élevée ou trop basse, ou souffrez-vous d'une maladie artérielle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Diabète sucré	Vous	Le médecin
A votre connaissance, êtes-vous atteint de diabète sucré ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Affection du système vestibulaire	Vous	Le médecin
Avez-vous des troubles de l'équilibre, des pertes soudaines de l'équilibre ou des vertiges ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Affections visuelles	Vous	Le médecin
A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection oculaire (glaucome, cataracte, diplopie, ...) ou êtes-vous ou avez-vous été traité pour une telle affection ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre vue est-elle mauvaise, floue ou voilée ? <i>Votre vue est mauvaise si vous ne pouvez lire la plaque d'immatriculation à 10 mètres de distance</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour voir de loin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre champ visuel est-il atteint ou avez-vous des zones, où votre vision est inexistante ? Si oui merci de nous faire parvenir une copie d'un compte rendu ophtalmologique. <i>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>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu besoin de consulter un(e) orthoptiste ? Si oui merci de nous faire parvenir une copie du compte-rendu orthoptique.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre vision au crépuscule ou dans l'obscurité est-elle réduite ou inexistante ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Fonctions auditives	Vous	Le médecin
Avez-vous des difficultés à entendre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Portez-vous un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Alcool, substances psychotropes	Vous	Le médecin
Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue, des narcotiques ou des stimulants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre consommation d'alcool est-elle excessive, êtes-vous en état de dépendance ou est-ce que ce fut le cas par le passé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Affections rénales et hépatiques	Vous	Le médecin
A votre connaissance, souffrez-vous d'une affection rénale ou hépatique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Implants	Vous	Le médecin
Avez-vous subi une transplantation d'organe ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous a-t-on posé un implant ? (Appareil implanté dans l'organisme lors d'une opération)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres troubles	Vous	Le médecin
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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médicaments	Vous	Le médecin
Pensez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels pensez-vous régulièrement et merci de précisez les doses :		

Vos capacités fonctionnelles pour conduire	Vous	Le médecin
Vous pouvez utiliser votre bras droit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous pouvez utiliser votre bras gauche ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous pouvez utiliser votre jambe droite ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous pouvez utiliser votre jambe gauche ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des précisions à apporter sur vos capacités fonctionnelles pour la conduite ?		
Pouvez-vous préciser votre pathologie ?		

Compléments

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

Non
 Oui => **merci de préciser les coordonnées de la structure ci-dessous**

Nom de la structure :	
Nom et prénom du contact :	
Téléphone :	
Mail :	
Adresse :	

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

Non
 Oui => **merci de préciser les coordonnées de la structure ci-dessous et de nous faire parvenir une copie du compte-rendu d'aptitude à la conduite**

Nom de la structure :	
Nom et prénom du contact :	
Téléphone :	
Mail :	
Adresse :	

Demandeur	Médecin
Je soussigné, (Nom et prénom) Déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts. Date : Signature :	Je soussigné, (Nom et prénom) Déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts. Date : Signature : Caché du médecin :

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

Je soussigné, _____, émet un avis :

Avis	Motif
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable <input type="checkbox"/> Réservé	

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

Mlle, Mme, M, _____, né(e) le _____

Fait à :

Date :

Signature et cachet du médecin :

Coordonnées du médecin :