



RELEVÉ D'OBSERVATION MÉDICALE

Nom : Prénom

Date de naissance :

Médecin(s) examinateur(s) :

Motif de visite Date d'examen :

Antécédents et traitements déclarés ayant une influence potentielle sur la capacité de conduire

Profil de consommation d'alcool :

Abstinence O Absténence après sevrage O depuis .././.... Dépendance O Physique O Psychique O Déné O

Usage considéré à faible risque O Usage à risque O Usage Nocif O

Consommation: Conviviale/Festive O Quotidienne O Psychotrope O Polyconsommations O

Signes physiques évoquant une consommation excessive et/ou régulière :

Score questionnaire "Face" :

Examen clinique :

• **Etat général :** Poids taille

• **Examen cardio-vasculaire :** Pouls TA Auscultation

Divers

• **Vision :** champ visuel Acuité non corrigée OD OG /corrigée OD OG

Autres éléments ou anomalies :

• **Troubles de l'équilibre, vertiges :** oui O non O **Audition :** OD OG

• **Insuffisance respiratoire :** oui O non O Si oui, conséquences fonctionnelles :

- **Médicaments ou toxiques susceptibles d'altérer la capacité de conduire ou le comportement** : oui non

Si cannabis: Score questionnaire "CAST" :

- **Troubles du sommeil** : oui non **Somnolence diurne** : oui non
- **Troubles cognitifs** : oui non
- **Coordination, force et contrôle musculaire** : normal / anomalies
- **Psychose, déficience mentale** : oui non
- **Troubles moteurs** : Amputations Prothèses ou orthèses Déficit segmentaire
- **Si diabète, hypoglycémies graves et/ou récurrentes** : oui non
Bonne gestion de la maladie et des traitements : oui non
- **Divers** :

Intervention Brève réalisée: oui non

Demande d'examens complémentaires: GGT VGM CDT Cannabis U. Autres :

Demande Tests Psycho-Techniques:

Demande avis spécialisé: ...

Conclusions

Aptitude **Durée** ...

Inaptitude

Aménagement / Appareillage

Usager **Type:** ...

Véhicule **Type:** ... **EAD** **Durée:** ...

O : cocher la case correspondante.