

Questionnaire concernant la conduite automobile du patient

Destiné à l'accompagnant

1. A-t-il (elle) des difficultés pour rester concentrer sur une même activité (lecture, bricolage...)?
Oui Non
2. S'est-t-il (elle) déjà égaré(e) en conduisant ?
Oui Non
3. Votre proche a-t-il (elle) des difficultés pour reconnaître des panneaux de signalisation et adapter sa conduite ? (Exemple des ronds-points)
Oui Non
4. A-t-il (elle) des difficultés pour utiliser la voiture (démarrage, freinage, passage des vitesses, créneaux)
Oui Non
5. **Avez-vous peur actuellement lorsqu'il (elle) conduit ?**
Oui Non
6. Votre proche a-t-il (elle), sur les deux dernières années :
 - a. Erafilé la voiture ? Oui Non
 - b. Eu un accident de voiture ? Oui Non
 - c. Eu une contravention ? Oui Non
7. Trouvez-vous que ses réflexes sont moins bons qu'avant ?
Oui Non
8. **Pensez-vous qu'il (elle) est dangereux au volant ?**
Oui Non
9. A-t-il (elle) modifié sa vitesse de conduite ?
 - a. Il a modifié sa vitesse de conduite Oui Non
 - b. Il a accéléré sa vitesse de conduite Oui Non
 - c. Il a ralenti sa vitesse de conduite Oui Non
10. Est-il (elle) parfois somnolent(e) la journée et notamment au volant ?
Oui Non
11. Serait-ce un soulagement si votre proche devait cesser de conduire ?
Oui Non