



**SÉCURITÉ ROUTIÈRE
TOUS RESPONSABLES**

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

Usage considéré à faible risque Usage à risque Usage Nocif

Consommation: Conviviale/Festive Quotidienne Psychotrope Polyconsommations

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 non **Audition :** OD OG

• **Insuffisance respiratoire :** oui non 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**: ...

: cocher la case correspondante.