



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de permis de conduire

Nom	Date de naissance (Année-Mois-Jour)	
Prénom	Téléphone (résidence)	
Adresse (numéro, rue, appartement)	Téléphone (travail)	Poste
Ville, village ou municipalité	Code postal	

Tous les frais associés au remplissage de ce formulaire **doivent être payés par la personne visée par l'examen** et ne sont pas remboursables par la Société.

Retournez le formulaire au :
Service de l'évaluation médicale
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J5

Certaines conditions médicales peuvent affecter la conduite sécuritaire d'un véhicule routier. Selon le Code de la sécurité routière, vous devez déclarer à la Société TOUT NOUVEAU PROBLÈME OU TOUTE DÉTÉRIORATION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ QUE VOUS N'AVEZ PAS ENCORE SIGNALÉ. Cochez la ou les cases appropriées à votre situation.

1. Je porte des lunettes ou des lentilles cornéennes pour conduire.	<input type="checkbox"/>	10. J'ai des troubles cognitifs (démence, maladie d'Alzheimer, problèmes de mémoire ou d'orientation, etc.).	<input type="checkbox"/>
2. J'ai une maladie des yeux (cataracte, glaucome, rétinopathie, dégénérescence maculaire, vision double, perte ou vision nulle d'un œil, etc.).	<input type="checkbox"/>	11. J'ai déjà fait des crises d'épilepsie.	<input type="checkbox"/>
3. J'ai une surdité et je conduis un minibus, un autobus ou un véhicule d'urgence ou je fais le transport de matières dangereuses.	<input type="checkbox"/>	12. J'ai une condition neurologique qui limite mes activités (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, paralysie, Parkinson, sclérose en plaques, etc.).	<input type="checkbox"/>
4. Je souffre de vertiges qui limitent mes activités.	<input type="checkbox"/>	13. J'ai subi des pertes de conscience dans les 12 derniers mois (syncopes, convulsions, hypoglycémies, etc.).	<input type="checkbox"/>
5. J'ai une maladie cardiaque qui limite mes activités telle la marche.	<input type="checkbox"/>	14. Je fais du diabète traité à l'insuline.	<input type="checkbox"/>
6. J'ai une somnolence importante associée à un trouble du sommeil.	<input type="checkbox"/>	15. J'ai une maladie des poumons qui limite mes activités telle la marche.	<input type="checkbox"/>
7. Mes mouvements sont très limités depuis plusieurs mois au niveau du cou, des mains ou des pieds.	<input type="checkbox"/>	16. J'ai une détérioration de mes capacités fonctionnelles (j'ai besoin d'aide à domicile pour faire mes activités de tous les jours, soit manger, me laver, m'habiller, me déplacer, etc.).	<input type="checkbox"/>
8. J'ai un problème psychiatrique important (schizophrénie, maladie bipolaire, dépression majeure, etc.).	<input type="checkbox"/>	17. Je prends un médicament de façon régulière qui m'endort le jour.	<input type="checkbox"/>
9. J'ai un trouble lié à la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances.	<input type="checkbox"/>		

Je ne souffre d'aucun problème mentionné ci-dessus ou je n'ai aucun nouveau problème médical à signaler.

JE NE VEUX PLUS CONDUIRE. J'ANNULE TOUS MES PERMIS.

Je confirme avoir indiqué la ou les situations qui me concernent.

Signature : _____ Date (Année-Mois-Jour) : _____

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.