



Préfecture
Bureau de la Sécurité Routière
et de la Police des Réseaux
Routiers
Section Droit à conduire

PRÉFET DE LA SAVOIE

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez une demande de rendez-vous en commission médicale.
***La prise de rendez-vous s'effectue désormais uniquement sur le planning
prévu à cet effet sur le site internet de la préfecture :***

www.savoie.gouv.fr

démarches administratives/prendre un rendez-vous/visite médicale
renseignements : 04 79 75 51 18

Lors de votre visite, vous devrez **obligatoirement présenter** :

- le formulaire cerfa n° 14880*02 « permis de conduire, avis médical », à imprimer et remplir (disponible sur la première page du module de rendez-vous)
- une pièce d'identité en cours de validité
- la confirmation de votre rendez-vous reçue par message électronique votre choix du jour et de l'horaire
- les résultats des examens à effectuer en laboratoire et à vos frais :**
 - en cas d'infraction lié à l'alcool et avec récurrence**, un bilan biologique (CDT+VGM+Gamma GT) de moins de quinze jours.

Les médecins vous demanderont dans la plupart des cas ces résultats d'analyses afin de pouvoir statuer sur votre aptitude à la conduite, il vous est fortement conseillé de vous munir de ce document.

- en cas d'infraction pour prise de stupéfiants**, les résultats d'une analyse d'urine (recherche du cannabis et de produits psychoactifs dans les urines), de moins de quinze jours.
- 50 euros, pour les frais d'examen à acquitter immédiatement, de préférence en espèces (prévoir l'appoint), ou par chèque**
- En cas d'annulation ou de suspension égale ou supérieure à 6 mois, les résultats des tests psychotechniques**
- permis de conduire** (pour les personnes en renouvellement)
- votre arrêté de suspension et (ou) votre décision judiciaire**
- le questionnaire médical ci joint rempli**

* Cette visite ainsi qu'éventuellement les examens demandés auprès d'un spécialiste ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et ne donnent pas lieu à la délivrance d'une feuille de maladie.

Autres données médicales : compte-rendu médecin spécialiste et/ou généraliste, analyse, compte-rendu d'examen, ordonnance

ATTENTION : Tout dossier incomplet sera rejeté et vous obligera à solliciter un nouveau rendez-vous



SÉCURITÉ ROUTIÈRE
TOUS RESPONSABLES



Questionnaire à remplir par l'utilisateur avant le contrôle médical,
destiné exclusivement à la commission médicale ou
au médecin agréé consultant hors commission médicale

1. Mon état civil

Nom :

Commune de naissance ¹ :

Prénom :

Profession :

Date de naissance : / /

2. Mon permis de conduire

Date de délivrance : / /

Restrictions d'usage ou aménagements :

3. Motif de ma visite

Si la visite fait suite à une infraction, celle-ci est-elle liée à la consommation

❖ d'alcool ?

❖ de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ?

Mon permis a-t-il déjà été :	❖ suspendu ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	❖ invalidé (<i>solde de points nul</i>) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	❖ annulé (<i>par le juge</i>) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Date de ma précédente visite médicale d'aptitude à la conduite : / /

1. Ou pays pour les personnes de nationalité étrangère

4. Mon état de santé

4.1. Suivi

Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?	
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?	
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

4.2. Consommation d'alcool ou de drogues

A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ?..... / verres	
Combien de verres « standard » (dose débit de boisson) m'arrive-t-il de boire au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool ? / verres	
Combien de fois dans l'année m'arrive-t-il de consommer plus de 5 doses standard en une seule occasion ? / verres	
Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ou autres...) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

4.3. Mon État général

Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaques, artériel, ou de tension ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je un pacemaker, un défibrillateur implanté, des stents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je parfois des vertiges ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des trous de mémoire, des difficultés à me concentrer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agité, ronflements) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma ou au volant etc ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y-a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ?	
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysie, troubles de la mémoire ou autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière crise :	
Est-ce que je suis soigné pour du diabète ? Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres problèmes médicaux ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser :	

J'ai rempli sincèrement le présent questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à, le / /

Signature