

Medical Report / Rapport médical



Tel. / Tél

Off. No. Op.

Bus. Date
Y/A M D/J

If not shown, please print last name, then first name and address. / S'ils ne sont pas indiqués, veuillez écrire votre nom de famille, suivi de votre prénom et adresse.

Class of Licence Desired Catégorie de permis désirée		<input type="text"/>	Office Use Only Réservé au bureau
Sex Sexe		Date of Birth Date de naissance	Wavr of Record
		Y/A M D/J	Re
		Cl/Cat. Cond./End. Rest./Aut.	M Gr
Ref. or Driver's Licence No. / N° de réf. ou du permis de conduire			Wavr
Reason for Medical / Raison de l'examen			Med Cond
1. <input type="checkbox"/> Original Ont. Licence Premier permis en Ont.		2. <input type="checkbox"/> Regular Re-exam Réexamen de routine	Mo to Med
3. <input type="checkbox"/> Change of Class Changement de catégorie		4. <input type="checkbox"/> Special Min. Request Demande spéciale du min.	Tr Code R

Driver's Certificate and Release of Information

I certify that the foregoing information is to the best of my knowledge correct and agree to this report and any future report from this examination only being given to the Ministry of Transportation. **The fee for this examination is not the responsibility of the ministry or its service provider.**

Attestation du de la conducteur(trice) et divulgation des renseignements

J'atteste par la présente que, pour autant que je le sache, les renseignements suivants sont exacts et je consens à ce que ce rapport et tout autre rapport ultérieur relatif à cet examen ne soient remis qu'au ministère des Transports. **Il n'incombe pas au ministère ni à son fournisseur de services d'acquitter les droits de cet examen.**

Telephone Number
Numéro de téléphone Business / Travail _____

Home / Domicile _____

Driver's Signature / Signature du/de la conducteur(trice) _____

Date

Y/A	M	D/J

Complete Health History

To be completed by examining physician.

YES answers should be explained on the reverse side under History Details.

Yes/Oui No/Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Diseases of Senses (Deafness, Vertigo, Visual Deficiencies, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cardiovascular Diseases (Heart Failure, Angina, Infarction, Embolism, Arrhythmia, Syncope, Surgery, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Respiratory Diseases (Asthma, Chronic Bronchitis, Emphysema, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diseases of the Musculo-Skeletal System (Fracture(s) or Amputation, Arthritis, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Metabolic Diseases (Diabetes (+) (-), Hypoglycemia, Thyroid, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Psychiatric Disorders (Psychoneurosis, Psychosis, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Addictions (Alcohol, Sedatives, Tranquillizers, Narcotics, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Other Diseases (Blackouts, Fainting Spells, Anemia, Cancer, Blood Dyscrasia, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Neurological Diseases (Seizures, Cerebrovascular Diseases, Parkinson's Disease, Multiple Sclerosis, Dementia, Head Injury, Mental Retardation, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date of first seizure _____

Date of last seizure _____

Antécédents médicaux

Le présent rapport doit être rempli par le médecin effectuant l'examen.
Veuillez expliquer au verso les réponses **affirmatives**.

- | |
|--|
| 1. Maladies touchant les sens (surdité, vertige, défaillances visuelles, etc.) |
| 2. Maladies cardio-vasculaires (insuffisances cardiaques, angine, infarctus, embolie, arythmie, syncope, chirurgie, etc.) |
| 3. Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème, etc.) |
| 4. Maladies touchant le système musculo-squelettique (fracture(s) ou amputation, arthrite, etc.) |
| 5. Maladies touchant le métabolisme (diabète (+) (-), hypoglycémie, thyroïde, etc.) |
| 6. Troubles psychiatriques (psychonévrose, psychose, etc.) |
| 7. Dépendances (alcool, sédatifs, tranquillisants, stupéfiants, etc.) |
| 8. Autres maladies (voiles noirs, évanouissements, anémie, cancer, dyscrasie, etc.) |
| 9. Maladies neurologiques (crises, maladies cérébro-vasculaires, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, démence, traumatisme crânien, arriération mentale, etc.) |

Date de la première crise _____

Date de la dernière crise _____

Date of Examination

Y/A	M	D/J

Date de l'examen

Medical Examination / Examen médical

Height / Taille _____ Weight / Poids _____

1. Eyes / Yeux	Acuity without glasses / Acuité visuelle sans verres	Acuity with Glasses / Acuité visuelle avec verres	Horizontal Field of Vision / Champ de vision horizontal
Right / Droit	20/ _____	20/ _____	Normal / Normal <input type="checkbox"/> Restricted / Restreint <input type="checkbox"/>
Left / Gauche	20/ _____	20/ _____	Normal / Normal <input type="checkbox"/> Restricted / Restreint <input type="checkbox"/>
Both eyes together / Les deux yeux ensemble	20/ _____	20/ _____	Normal / Normal <input type="checkbox"/> Restricted / Restreint <input type="checkbox"/>

Squint, disease or eye injury / Strabisme, maladie ou lésion oculaire _____

Indicate type of tests given / Indiquer le type d'examen effectué Snellen Other / Autre _____

2. Hearing / Ouïe Meets standards defined in the H.T.A. with or without a hearing aid. / Respecte les normes décrites dans le Code de la route avec ou sans prothèse auditive. Yes / Oui No / Non

3. Heart / Coeur Apical Rate / Fréquence apicale _____ Rhythm / Rythme _____
Murmurs / Souffles _____ B.P. / P.S. _____

4. Locomotor / Locomotion Upper Extremity / Membres supérieurs _____ Lower Extremity / Membres inférieurs _____ Neck and Lumbar / Cou et région lombaire _____

5. Chest / Abdomen / Poitrine / Abdomen _____

6. Urinary / Voies urinaires Urine Protein / Protéine urinaire _____ Glucose _____

7. Diabetes / Diabète Yes / Oui No / Non Type _____

Treatment / Traitement Diet alone / Régime seulement Oral medication (amt per 24 hrs.) / Médicaments pris par voie orale (dose quotidienne) Insulin (amt per 24 hrs.) / Insuline (dose quotidienne)

8. Hypoglycemia / Hypoglycémie Frequency / Fréquence _____
Circumstances / Circonstances _____

Loss of Consciousness / Perte de conscience? _____ Decrease in cognition, etc. / Perte des facultés cognitives, etc. _____

9. Neurological / Affections neurologiques : Gait and Stance / Démarche et position _____ Reflexes / Réflexes _____
Tremor / Tremblement _____ Coordination _____

10. Mental Competence / Aptitude mentale _____ Judgement / Jugement _____

Evidence of Emotional Disorder / Signe de trouble émotionnel

	Yes/Oui <input type="checkbox"/>	No/Non <input type="checkbox"/>		Yes/Oui <input type="checkbox"/>	No/Non <input type="checkbox"/>		Yes/Oui <input type="checkbox"/>	No/Non <input type="checkbox"/>
Instability / Instabilité			Psychosis / Psychose			Drug Habituation / Toxicomanie		
Neurosis / Névrose			Alcoholism / Alcoolisme					

History Details and Summary / Détails sur les antécédents et résumé

(Including details of all medication prescribed and dosage, degree of decompensation in cardiovascular diseases) / (Y compris les détails relatifs à tous les médicaments prescrits et la posologie; le degré de décompensation pour les maladies cardio-vasculaires)

How long has this person been your patient? / Depuis combien de temps soignez-vous cette personne? _____ Family Physician / Médecin de famille or / ou Certified Specialist in spécial-iste qualifié(e) en _____

Please Print / en lettres mouillées s.v.p.

Physician's Name / Nom du/de la médecin _____ Signature _____Address / Adresse _____ Date

Y/A	M	D/J

Information in this form is collected under the authority of the Highway Traffic Act. If you have any questions about the collection and use of your personal information collected on this form, please call the Supervisor, ServiceOntario at 416-235-2999 or 1-800-387-3445 or write to the Supervisor, Ministry of Transportation, Licensing Administration Office, Main Floor, Building A, 1201 Wilson Avenue, Downsview, Ontario, M3M 1J8. Direct general inquiries to ServiceOntario 416-235-2999 or 1-800-387-3445 or visit www.ServiceOntario.ca. / Les renseignements demandés dans le présent formulaire sont recueillis sous le régime du Code de la route. Si vous avez des questions au sujet de la collecte ou de l'utilisation des renseignements personnels figurant dans le présent formulaire, veuillez appeler le superviseur de ServiceOntario, au 416 235-2999 ou 1 800 387-3445 ou lui écrire, au ministère des Transports, Bureau d'administration des permis, 1201, avenue Wilson, rez-de-chaussée, Édifice A, Downsview (Ontario) M3M 1J8. Pour des questions d'ordre général, veuillez appeler ServiceOntario au 416 235-2999 ou 1 800 387-3445 ou visiter www.ServiceOntario.ca.