

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 <i>Catégorie de permis désirée</i>		<input type="text"/>	Office Use Only <i>Réservé au bureau</i>
Sex <i>Sexe</i>		Date of Birth <i>Date de naissance</i>	Wavr of Record
Y/A M D/J		CV/Cat. Cond./End. <i>Rest./Aut.</i>	Re
Ref. or Driver's Licence No. / <i>N° de réf. ou du permis de conduire</i>			M Gr
Reason for Medical / <i>Raison de l'examen</i>			Wavr
1. <input type="checkbox"/> Original Ont. Licence <i>Premier permis en Ont.</i>		2. <input type="checkbox"/> Regular Re-exam <i>Réexamen de routine</i>	Med Cond
3. <input type="checkbox"/> Change of Class <i>Changement de catégorie</i>		4. <input type="checkbox"/> Special Min. Request <i>Demande spéciale du min.</i>	Mo to Med
			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'acquiescer 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, déficiences 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* Restricted / *Restreint*
 Left / *Gauche* 20/ _____ 20/ _____ Normal / *Normal* Restricted / *Restreint*
 Both eyes together / *Les deux yeux ensemble* 20/ _____ 20/ _____ Normal / *Normal* Restricted / *Restreint*

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

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 / *spécialiste qualifié(e) en* _____

Please Print / *en lettres moulées 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, R.S.O 1990, c.H.8 and regulation 340/94 21.2 thereunder and is used to evaluate eligibility to obtain and maintain a driver's licence. Les renseignements figurant sur cette formule sont recueillis en vertu du Code de la route, L.R.O 1990, chap. H. 8, et du règlement 340/94 21.2 pris en application du Code. Ces renseignements sont utilisés pour évaluer l'admissibilité à l'obtention et la conservation du permis de conduire. Veuillez faire parvenir vos demandes de renseignements à l'adresse suivante : Au chef d'équipe, Section d'étude des dossiers médicaux, Bureau de perfectionnement en conduite automobile, Direction des services de délivrance des permis et d'immatriculation, Édifice A, 2680, rue Keele, Downsview (Ontario) M3M 3E6 (416) 235-1773 ou 1-800-268-1481.