

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	Licence Permis		Wavr of Record
	Y/A M D/J	CL/Cat.	Cond./End. Rest./Aut.	Re
Ref. or Driver's Licence No. / N° de réf. ou du permis de conduire				M Gr
Reason for Medical / Raison de l'examen				Wavr
1. <input type="checkbox"/> Original Ont. Licence Premier permis en Ont.				Med Cond
2. <input type="checkbox"/> Regular Re-exam Réexamen de routine				Mo to Med
3. <input type="checkbox"/> Change of Class Changement de catégorie				Tr Code
4. <input type="checkbox"/> Special Min. Request Demande spéciale du DMV				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

- Diseases of Senses (Deafness, Vertigo, Visual Deficiencies, etc.)
- Cardiovascular Diseases (Heart Failure, Angina, Infarction, Embolism, Arrhythmia, Syncope, Surgery, etc.)
- Respiratory Diseases (Asthma, Chronic Bronchitis, Emphysema, etc.)
- Diseases of the Musculo-Skeletal System (Fracture(s) or Amputation, Arthritis, etc.)
- Metabolic Diseases (Diabetes (+) (-), Hypoglycemia, Thyroid, etc.)
- Psychiatric Disorders (Psychoneurosis, Psychosis, etc.)
- Addictions (Alcohol, Sedatives, Tranquillizers, Narcotics, etc.)
- Other Diseases (Blackouts, Fainting Spells, Anemia, Cancer, Blood Dyscrasia, etc.)
- Neurological Diseases (Seizures, Cerebrovascular Diseases, Parkinson's Disease, Multiple Sclerosis, Dementia, Head Injury, Mental Retardation, etc.)

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**.

- Maladies touchant les sens (surdité, vertige, défaillances visuelles, etc.)
- Maladies cardio-vasculaires (insuffisances cardiaques, angine, infarctus, embolie, arythmie, syncope, chirurgie, etc.)
- Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphy me, etc.)
- Maladies touchant le système musculo-squelettique (fracture(s) ou amputation, arthrite, etc.)
- Maladies touchant le métabolisme (diabète (+) (-), hypoglycémie, thyroïde, etc.)
- Troubles psychiatriques (psychon vrose, psychose, etc.)
- Dépendances (alcool, sédatifs, tranquillisants, stupéfiants, etc.)
- Autres maladies (voiles noirs, évanouissements, anémie, cancer, dyscrasie, etc.)
- 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 horizontale

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 _____
 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 / Instabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychosis / Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drug Habituation / Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurosis / Névrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholism / Alcoolisme	<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 _____

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.