Medical Report / Rapport médical

Ontario

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

Sex *Sexe*	Date of Birth *Date de naissance*	Licence *Permis*
	Y/A M D/J	Cl/Cat. Cond./End. *Rest./Aut.*

Ref. or Driver's Licence No. / *N° de réf. ou du permis de conduire*

Reason for Medical / *Raison de l'examen*

1. ☐ Original Ont. Licence *Premier permis en Ont.*
2. ☐ Regular Re-exam *Réexamen de routine*
3. ☐ Change of Class *Changement de catégorie*
4. ☐ Special Min. Request *Demande spéciale du min.*

Office Use Only *Réservé au bureau*
Wavr of Record
Re
M Gr
Wavr
Med Cond
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'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.

Antécédents médicaux

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

		Yes/*Oui*	No/*Non*	
1.	Diseases of Senses (Deafness, Vertigo, Visual Deficiencies, etc.)	☐	☐	*1. Maladies touchant les sens (surdité, vertige, défaillances visuelles, etc.)*
2.	Cardiovascular Diseases (Heart Failure, Angina, Infarction, Embolism, Arrhythmia, Syncope, Surgery, etc.)	☐	☐	*2. Maladies cardio-vasculaires (insuffisances cardiaques, angine, infarctus, embolie, arythmie, syncope, chirurgie, etc.)*
3.	Respiratory Diseases (Asthma, Chronic Bronchitis, Emphysema, etc.)	☐	☐	*3. Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème, etc.)*
4.	Diseases of the Musculo-Skeletal System (Fracture(s) or Amputation, Arthritis, etc.)	☐	☐	*4. Maladies touchant le système musculo-squelettique (fracture(s) ou amputation, arthrite, etc.)*
5.	Metabolic Diseases (Diabetes (+) (-), Hypoglycemia, Thyroid, etc.)	☐	☐	*5. Maladies touchant le métabolisme (diabète (+) (-), hypoglycémie, thyroïde, etc.)*
6.	Psychiatric Disorders (Psychoneurosis, Psychosis, etc.)	☐	☐	*6. Troubles psychiatriques (psychonévrose, psychose, etc.)*
7.	Addictions (Alcohol, Sedatives, Tranquillizers, Narcotics, etc.)	☐	☐	*7. Dépendances (alcool, sédatifs, tranquillisants, stupéfiants, etc.)*
8.	Other Diseases (Blackouts, Fainting Spells, Anemia, Cancer, Blood Dyscrasia, etc.)	☐	☐	*8. Autres maladies (voiles noirs, évanouissements, anémie, cancer, dyscrasie, etc.)*
9.	Neurological Diseases (Seizures, Cerebrovascular Diseases, Parkinson's Disease, Multiple Sclerosis, Dementia, Head Injury, Mental Retardation, etc.)	☐	☐	*9. Maladies neurologiques (crises, maladies cérébro-vasculaires, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, démence, traumatisme crânien, arriération mentale, etc.)*

Date of first seizure _____ *Date de la première crise* _____

Date of last seizure _____ *Date de la dernière crise* _____

Date of Examination Y/A M D/J

Date de l'examen

SR-LC-080 05-02

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 / *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 *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. Direct inquiries to: Team Leader, Medical Review Section, Driver Improvement Office, Licensing Services Branch, Bldg A, 2680 Keele St., Downsview, Ontario M3M 3E6 (416) 235-1773 or 1-800-268-1481.

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.