

Medical Report / Rapport médical



Tel. / Tél.

Off. No. Op. Bus. Y/A M D/J
Date

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

- 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, emphysème, 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 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, Edifice A, 2680, rue Keele, Downsview (Ontario) M3M 3E6 (416) 235-1773 ou 1-800-268-1481.