

Code tarifaire K035

Rapport obligatoire établi par une personne qualifiée conformément au paragraphe 203 (1) du *Code de la route* ou rapport discrétionnaire conformément au paragraphe 203 (2) du *Code de la route*. Pour des directives concernant les exigences de production de rapports, voir le [Règlement de l'Ontario 340/94](#) ou le document [Comment remplir un formulaire de déclaration de trouble médical](#).

Formulaire de déclaration de trouble médical – 2 pages

Remplir les deux pages par voie électronique, les imprimer, les signer et les envoyer par télécopieur.

Destinataire : Bureau de l'étude des dossiers médicaux des conducteurs
416-235-3400 ou 1-800-304-7889

Destinateur : _____

Ou par la poste à l'adresse : Ministère des Transports – Bureau de l'étude des dossiers médicaux des conducteurs
77, rue Wellesley O, CP 589
Toronto ON M7A 1N3
Téléphone : 416-235-1773 ou 1-800-268-1481

Veillez remplir au complet. Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Partie 1. Renseignements sur le patient

Nom de famille *	Prénom *	Initiale
------------------	----------	----------

Date de naissance (aaaa/mm/jj)*	Sexe * <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de permis de conduire (si disponible)
---------------------------------	---	--

Adresse actuelle

Bureau	Numéro municipal *	Nom de la rue *	Case postale
--------	--------------------	-----------------	--------------

Ville/municipalité/village *	Province *	Code postal
------------------------------	------------	-------------

Partie 2. Renseignements sur le praticien

Nom du praticien *	Prénom du praticien *
--------------------	-----------------------

Numéro de permis *	Numéro de téléphone Poste
--------------------	------------------------------

Adresse du praticien

Bureau	Numéro municipal *	Nom de la rue *	
--------	--------------------	-----------------	--

Ville/municipalité/village *	Province *	Code postal
------------------------------	------------	-------------

À l'égard de cette personne, je suis :

- Médecin de famille/traitant
 Urgentologue
 Infirmier praticien
 Ergothérapeute
 Médecin en soins d'urgence/dans une clinique sans rendez-vous
 Autre (précisez) _____

Le patient est au courant du présent rapport Oui Non

J'autorise le ministère à transmettre ce rapport au patient ou à son représentant légal sur demande Oui Non

Je souhaite être avisé si mon patient demande un exemplaire du présent rapport au ministère, car sa transmission pourrait menacer la santé ou la sécurité du patient ou d'une autre personne Oui Non

Signature du professionnel	Date de l'examen faisant l'objet d'un rapport (aaaa/mm/jj) *
----------------------------	--

Renseignements sur le patient

Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
----------------	--------	----------	--------------------------------

Partie 3. État pathologique ou déficience (Veuillez cocher toutes les conditions qui s'appliquent)

Trouble cognitif

Un trouble engendrant une déficience cognitive qui altère l'attention, le jugement et la résolution de problème, la planification et l'ordre, la mémoire, la compréhension, le temps de réaction ou la perception visuospatiale, ce qui limite considérablement la capacité de la personne à exécuter des activités de la vie quotidienne. **Cause :**

- Démence Lésion cérébrale Inconnu Autre (précisez) _____

Incapacité soudaine

Un trouble qui présente un risque modéré ou élevé d'incapacité soudaine ou qui a causé une incapacité soudaine et dont le risque de récurrence est modéré ou élevé. **Cause :**

Crise épileptique

- Sevrage d'alcool/de drogues
 Épilepsie causée par le
 Accident vasculaire cérébral
 Autre (précisez) _____

Syncope

- Épisode isolé non diagnostiqué
 Épisodes récurrents
 Maladie cardiaque avec présyncope/syncope/arythmie

AVC entraînant ce qui suit (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- Déficience physique
 Déficience cognitive
 Perte de champ visuel

Autres

- Narcolepsie avec cataplexie incontrôlée ou attaques de sommeil diurnes
 Syndrome des apnées obstructives du sommeil – non traité ou traité en vain avec index apnées hypopnées (IAH) égal ou supérieur à 30 avec somnolence diurne
 Hypoglycémie nécessitant l'intervention d'une tierce partie ou provoquant une perte de conscience
 Diabète ou hypoglycémie non contrôlé
 Autre (précisez) _____

Déficience motrice ou sensorielle

Une pathologie ou un trouble pouvant causer une déficience motrice grave ayant une incidence sur l'un des éléments suivants : coordination, force et contrôle musculaire, flexibilité, actions motrices planifiées, sens du toucher ou du positionnement. **Cause :**

- Maladie neurologique (précisez) _____ Lésion de la moelle épinière Perte d'un membre
 Autre (précisez) _____

Déficience visuelle

- Meilleure acuité visuelle corrigée inférieure à 20/50, lorsque les deux yeux sont ouverts et font simultanément l'objet d'un examen
 Un champ visuel de moins de 120 degrés continus le long du méridien horizontal, de moins de 15 degrés continus au-dessus et en dessous du point de fixation ou de moins de 60 degrés de part et d'autre du méridien vertical, y compris une hémianopsie.
 Diplopie à moins de 40 degrés du point de fixation (dans n'importe quelle direction) en position primaire qui ne peut être corrigée à l'aide d'objectifs prismatiques ou d'un pansement oculaire.

Trouble de l'usage d'une substance

Un diagnostic de trouble de l'usage d'une substance incontrôlée, excluant la caféine et la nicotine, et le patient ne respecte pas les recommandations en matière de traitement.

- Alcool Autres substances (précisez) _____

Maladie psychiatrique

Une pathologie ou un trouble qui présente actuellement l'un des éléments suivants : psychose aiguë, anomalies graves de la perception ou a un plan suicidaire impliquant un véhicule ou une intention d'utiliser un véhicule pour blesser d'autres personnes.

- Cause : _____

Partie 4. Rapport discrétionnaire concernant un état pathologique ou une déficience

Veuillez décrire les troubles ou les déficiences