

Tel. / Tél.

CR. 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="checkbox"/>	Office Use Only Réservé au bureau
Sex Sexe	Date of Birth Date de naissance	Y/A M D/J	Year of Record
Licence Permis		CL/Cat	Re
Ref. or Driver's License No. / N° de réf. ou du permis de conduire		Conc./End. Rés./Aut.	M Gr
Reason for Medical / Raison de l'examen			Wavt
1. <input type="checkbox"/> Original Ont. Licence Premier permis en Ont.	2. <input type="checkbox"/> Regular Re-exam Réexamen de routine		Mod Cond
3. <input type="checkbox"/> Change of Class Changement de catégorie	4. <input type="checkbox"/> Special Min. Request Demande spéciale du MTO		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.

- | | 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 _____

Date of Examination Y/A M D/J _____

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, défaillances visuelles, etc.)
2. Maladies cardio-vasculaires (insuffisances cardiaques, angine, infarctus, embolie, arythmie, syncope, chirurgie, etc.)
3. Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphyseme, etc.)
4. Maladies touchant le système musculo-squelettique (fracture(s) ou amputation, arthrite, etc.)
5. Maladies touchant le métabolisme (diabète (+) (-), hypoglycémie, thyroïde, etc.)
6. Désordres psychiatriques (psychon vrose, 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 de l'examen _____

Medical Examination / Examen médical

Height / Taille _____ Weight / Poids _____

1. Eyes / Yeux Without Glasses / Sans lunettes With Glasses / Avec des lunettes

Horizontal Field of Vision / Champ de vision horizontal

 _____ R.E. /O.D. 20/ _____ 20/ _____
 _____ L.E. /O.G. 20/ _____ 20/ _____

 R. Normal / D. Normal Restricted / Restreint
 L. Normal / G. 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 / Oïlle

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 / Cœur

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

Diet alone

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

Certified Specialist in

spécialiste qualifié(e) en _____

Please Print / en lettres majuscules s.v.p.

Physician's Name / Nom du/de la médecin _____

Signature _____

Address / Adresse _____

Date

Y/A M D/U

Information on this form is collected under the authority of the Highway Traffic Act, s. 21.1, Reg. 340/94 and is used to evaluate eligibility to obtain and maintain a driver's licence. Disc. Inquiries to: Driver Improvement Office, Licensing & Control Branch, Bldg A, 2680 Keele St., Downsview, Ontario M3M 3E6 (416) 235-1773 or 1-800-268-1481.

Les renseignements figurant sur la présente formule sont recueillis aux termes du Code de la route, par 21.1, Règl. 340/94, et servent à déterminer si l'auteur(e) de la demande est en mesure d'obtenir et de conserver un permis de conduire. Pour plus de renseignements, s'adresser au : Bureau du perfectionnement des conducteurs, Direction des permis et de l'immobilisation, 2680, rue Keele, édifice A, Downsview (Ontario) M3M 3E6 - 416 235-1773 ou 1 800 268-1481.