

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/ À l'usage du bureau
Sex Sexe	Date of Birth Date de naissance	Licence Permis		Wavr of Record/ Dispense
	Y/A M D/J	Cl/Cat.	Cond./End. Rest./Aut.	Re/ Ra.
Ref. or Driver's Licence No. / N° de réf. ou du permis de conduire				M Gr/ Gr. méd.
Reason for Medical / Raison de l'examen				Wavr/ Dispense
1. <input type="checkbox"/> Original Ont. Licence Premier permis en Ont.				Med Cond/ État de santé
2. <input type="checkbox"/> Regular Re-exam Réexamen de routine				Mo to Med/ Mo. av. éch. méd.
3. <input type="checkbox"/> Change of Class Changement de catégorie				Tr Code/ Code de la trans
4. <input type="checkbox"/> Special Min. Request Demande spéciale du min.				

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 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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**, à la section Détails sur les antécédents.

- | | |
|---|--|
| 1. Maladies touchant les sens (surdité, vertige, défaillances visuelles, etc.) | |
| 2. Maladies cardio-vasculaires (insuffisance cardiaque, angine, infarctus, embolie, arythmie, syncope, chirurgie, etc.) | |
| 3. Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème, etc.) | |
| 4. Maladies touchant le système musculo-squelettique (fracture(s) ou amputation, arthrite, etc.) | |
| 5. Maladies touchant le métabolisme (diabète (+) (-), hypoglycémie, thyroïde, etc.) | |
| 6. Troubles psychiatriques (psychon vrose, psychose, etc.) | |
| 7. Dépendances (alcool, sédatifs, tranquillisants, stupéfiants, etc.) | |
| 8. Autres maladies (voiles noirs, évanouissements, anémie, cancer, dyscrasie sanguine, etc.) | |
| 9. Maladies neurologiques (crises, maladies cérébro-vasculaires, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, démence, traumatisme crânien, 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 _____

**Office Use Only
À l'usage du bureau**

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 _____

Off. No./ Op. No./
 N° du bur. / N° d'op. _____

Date / Vision _____

	0	X	Per/Par
Left / Gauche	20/	20/	
Right / Droit	20/	20/	
Both / les deux	20/	20/	

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 / Cœur Apical Rate / Fréquence apicale _____ Rhythm / Rythme _____
 Murmurs / Souffles _____ B.P. / T.A. _____

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 / Protéinurie _____ 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	<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 médecin _____ Signature _____

Address / Adresse _____ Date _____

Personal information on this form is collected under the authority of Ontario Regulation 340/94, Drivers' Licences, made under the Highway Traffic Act, and is used for the purpose of evaluating fitness to operate a motor vehicle. If you have any questions about the personal information collected on this form, please contact a Medical Review Representative, Ministry of Transportation, Driver Improvement Office, Medical Review Section by phone at 416-235-1773 or 1-800-268-1481 or by mail at 77 Wellesley St. W, Box 589, Toronto ON M7A 1N3 or email us at DriverMedicalReview@ontario.ca or visit us at www.ontario.ca/driverimprovement. Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis en vertu du Règlement de l'Ontario 340/94, Permis de conduire, pris en application du Code de la route, et sont utilisés pour évaluer l'aptitude à conduire un véhicule automobile. Si vous avez des questions au sujet des renseignements personnels recueillis sur ce formulaire, veuillez communiquer avec un représentant d'étude des dossiers médicaux, Ministère des Transports, Bureau de perfectionnement en conduite automobile, Section d'étude des dossiers médicaux, par téléphone au 416 235 1773 ou 1 800 268 1481 ou par la poste au 77, rue Wellesley Ouest, case postale 589, Toronto (Ontario) M7A 1N3 ou par courriel à DriverMedicalReview@ontario.ca ou consultez http://www.mto.gov.on.ca/french/safety/medical-review.shtml.