



**PRÉFET  
DE LA VENDÉE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## **VISITE MEDICALE - APTITUDE A LA CONDUITE**

### **LISTE DES PIECES A APPORTER LE JOUR DU RENDEZ-VOUS**

- **Deux exemplaires** du formulaire Cerfa 14880\*02 "Permis de conduire – Avis médical" : remplir obligatoirement toutes les rubriques : "Etat civil et coordonnées" sans en oublier  
Il est **IMPERATIF** d'apporter 2 exemplaires, faute de quoi le permis de conduire ne pourra pas être délivré
- le permis de conduire actuellement en votre possession, ou à défaut la décision administrative ou judiciaire concernant la suspension ou l'annulation de vos droits à conduire
- une pièce d'identité en original (pas de photocopie)
- le questionnaire médical ci-après intégralement rempli et votre dossier médical si vous en détenez un
- le résultat des analyses de sang et/ou d'urine effectuées par un laboratoire selon la prescription ci-dessous en fonction de votre situation
- le résultat des examens psychotechniques en cas de suspension d'une durée supérieure ou égale à 6 mois, d'annulation ou d'invalidation du permis de conduire. Voir [la liste des centres déclarés pour effectuer les tests](#).
- Pour information les examens psychotechniques sont obligatoires uniquement lors de la première visite
- le règlement de 50 € payable aux médecins en espèces uniquement (dans ce cas, merci de prévoir la somme exacte)

A l'issue du contrôle médical, les médecins doivent vous remettre un exemplaire de leur avis médical que vous devrez conserver avec vous.

Si les médecins de la commission médicale primaire vous reconnaissent apte à la conduite automobile, vous devrez effectuer 72 heures après votre visite médicale une demande de délivrance du permis de conduire dématérialisée sur le site internet de l'ANTS : <https://ants.gouv.fr>



**PRÉFET  
DE LA VENDÉE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**COMMISSION MEDICALE PRIMAIRE  
DU DEPARTEMENT DE LA VENDEE**

DOCUMENT A PRESENTER AU LABORATOIRE

**EXAMENS MEDICAUX**  
Prescription à choisir selon votre cas

**PRESCRIPTION N°1 : Infractions routières liées à la consommation d'ALCOOL**

Analyse de sang:

- C.D.T.
- Volume Globulaire Moyen
- GAMMA G.T.
- Triglycérides

**PRESCRIPTION N°2 : Infractions routières liées à la consommation de  
STUPEFIANTS**

Analyse d'urine:

- Recherche Tetrahydrocannabinol

**PRESCRIPTION N°3 : Infractions routières liées à la consommation d'ALCOOL  
et STUPEFIANTS**

Analyse de sang et d'urine:

- C.D.T.
- Volume Globulaire Moyen
- GAMMA G.T.
- Triglycérides
  
- Recherche Tetrahydrocannabinol

**EXAMENS A EFFECTUER DANS UN LABORATOIRE DE VOTRE CHOIX  
APPORTER VOTRE RESULTAT LE JOUR DE LA VISITE MEDICALE**

## Questionnaire préalable au contrôle médical d'aptitude à la conduite

Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée

**Vous êtes invité(e) à remplir loyalement ce document avant votre visite et à le remettre en mains propres aux médecins agréés après l'avoir complété et signé. Il est couvert par le secret médical.**

### 1 - Etat civil

Nom : .....

Profession : .....

Prénom : .....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Commune de naissance

(et pays pour les personnes nées à l'étranger) :

.....

### 2 - Votre ou vos permis de conduire

Catégorie(s) de permis détenue(s)  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  
 C  CE  D1  D1E  D  DE

Ou autre permis non européen, lequel : .....

Date de délivrance : ..... / ..... / ..... et ..... / ..... / .....

Restriction(s) d'usage ou agréments :  OUI  NON, si oui, lesquels ?  
.....

### 3 - Motif de votre visite

Renouvellement périodique (permis groupe lourd ou assimilé « groupe lourd »)  Visite médicale (groupe léger)

Demande de permis de conduire après suspension, invalidation ou annulation ou infraction :

OUI  NON

\* Suis-je déjà venu(e) à une précédente visite médicale d'aptitude à la conduite ?  OUI  NON

Date : ..... / ..... / .....

### 4 - Vos pathologies spécifiques

Etes-vous atteint(e) d'une maladie cardiaque ?

OUI  NON

Si OUI, laquelle ? .....

Etes-vous porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque ?

OUI  NON

Si OUI, depuis quand ? (indiquez la date) ..... / ..... / .....

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?

OUI  NON

Si OUI, laquelle ? .....

Avez-vous des problèmes de vue (baisse d'acuité visuelle, glaucome, cataracte ou autre pathologie...) ?

OUI  NON

Si OUI, lesquelles ? .....

Portez-vous des lentilles ou des lunettes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Etes-vous atteint(e) de la perte de la vision d'un œil ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, depuis quand ? .....	
Avez-vous des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ?	
Si OUI, indiquez la date de la dernière crise : ...../...../.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien <b>avec des conséquences</b> : maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres ?	
Si OUI, quelles sont les conséquences ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilisez-vous des appareils respiratoires notamment la nuit ? (Oxygène, masque pour la nuit...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vous arrive-t-il de vous endormir (même peu de temps) à table, au cours d'une réunion ou au volant ou dans d'autres circonstances <b>non appropriées</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Etes-vous soigné(e) pour le diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, avez-vous déjà fait des malaises par manque de sucre ? (hypoglycémie)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>5 - Informations sur votre état de santé général</b>	
Etes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été hospitalisé(e) et/ou opéré(e) au cours des cinq dernières années ?	
Si OUI, pour quel motif ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites ? (Cannabis, extasy, héroïne, cocaïne ou autre)	
<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement	
A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool ? (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur)	
<input type="checkbox"/> Jamais ou rarement <input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par mois <input type="checkbox"/> Environ une à trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Tous les jours	
Avez-vous rencontré des difficultés particulières en conduisant et pourquoi ? (accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problèmes pour lire les panneaux, difficulté d'apprécier les vitesses ou les distances, à conduire la nuit)	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    Si OUI, lesquelles ? .....	
Prenez-vous des médicaments régulièrement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, lesquels, à quelle dose et, si possible, à quel moment de la journée ?	
Vous pouvez joindre, si vous le souhaitez, votre dernière ordonnance	
.....	
.....	
Avez-vous d'autres problèmes de santé que vous souhaiteriez signaler ? Si OUI, lequel ou lesquels ?	
.....	
.....	

A : .....

Date : ...../...../.....

Signature