

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

concernant l'aptitude de

N° de détenteur:

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Adresse (rue et n°):

c/o N° postal Localité:

A. Anamnèse

maladies et conséquences d'accident significatives du point de vue de la médecine du trafic, consommation de médicaments, consommation de stupéfiants, troubles de la conscience, vertiges, syncopes, épilepsies, maladies psychiques, diabète, autres troubles du métabolisme, troubles des fonctions cérébrales, maladies avec somnolence diurne accrue

B. Rapport d'examen**1 État de santé général/impression générale :**

.....

2 Facultés visuelles

vision lointaine :

à droite : non corrigée: corrigée:

à gauche : non corrigée: corrigée:

vision monoculaire :

diplopie :

réaction à la lumière :

motilité :

champs visuel :

3 Ouïe (à ne remplir que pour le 2^e groupe !)

voix normale audible: mètres (à droite/à gauche)

voix chuchotée: mètres (à droite/à gauche)

maladies de l'oreille interne ou moyenne:

4 Peau

emplacements des piqûres:

cloison nasale particulière:

stigmates au niveau du foie:

autres particularités:

5 Psyché

humeur:

affect:

attention:

concentration:

mémoire:

autres particularités:

déficiences cognitives:

indices de démence naissante:

autres particularités :

6 Système nerveux

- motricité (coordination, Romberg, réflexes):
- sensibilité (perception des vibrations, orientation):
- épreuve de la marche sur une ligne droite:
- signes végétatifs/tremblements:

7 Système cardiovasculaire

- pouls:
- tension artérielle:
- pouls périphériques:
- auscultation/limites du cœur:
- veines:
- signes d'insuffisance:

8 Organes respiratoires

- thorax:
- voies supérieures:
- auscultation:
- percussion:

9 Organes abdominaux

- taille du foie:
- autres particularités:

10 Appareil locomoteur

- déficiences:
- paralysies:
- conséquences d'accident:
- réduction des fonctions et du mouvement:

11 Autres particularités

.....

Examens supplémentaires (en cas d'indication fondée): analyses de laboratoire (par ex. marqueurs biologiques d'alcoolisme, dépistage de drogues), ECG, tests courts de dépistage de déficiences des fonctions cérébrales (par ex. Trail-Making Test A et B, mini-examen de l'état mental, test de la montre):

.....

.....

Évaluation, diagnostics:

.....

.....

Date de l'examen:

Cachet et signature du médecin:

.....

.....