

Histoire médical

Diagnostic principal : _____

Date de l'accident / début de la maladie : _____

Année Mois Jour

Condition(s) associée(s) : (ex. : déficiences sensorielles, cognitives, perceptuelles, motrices)
(si possible joindre un rapport ergo/physio) _____

Antécédents médicaux et traitements reçus : _____

Capacités/incapacités du client en lien avec la conduite et l'accès à la motocyclette : _____

Contexte environnemental/social (ex. : vit seul, famille) : _____

Médicaments : _____

Informations relatives aux aides à la mobilité

Le requérant peut-il marcher sur de courtes distances sans l'aide d'une personne?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, une aide technique à la marche est-elle requise? (ex. : canne, marchette...) _____

Un fauteuil roulant est-il utilisé pour les déplacements? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, modèle : _____

Le requérant devra-t-il amener l'aide à la mobilité avec lui en motocyclette ?

☐ OUI ☐ NON _____

Informations relatives à la motocyclette

N° du permis de conduire :

(N° débutant par la 1^{ère} lettre du nom de famille) : _____ Exp : _____

Le requérant possède-t-il une motocyclette ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser modèle / année : _____

Le requérant conduit-il cette motocyclette présentement? ☐ OUI ☐ NON

Y a-t-il déjà des adaptations sur la motocyclette ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles : _____

Sinon, croyez-vous que la motocyclette devra être adaptée ? ☐ OUI ☐ NON

Modifications envisagées : _____

Quel usage le requérant fera-t-il de la motocyclette (loisir, travail)? _____

Nombre d'années d'expérience de conduite motocyclette : _____

Le requérant conduit-il un véhicule de promenade (classe 5) présentement? ☐ OUI ☐ NON

Adaptations présentes sur le véhicule : _____

Le requérant a-t-il subi une évaluation fonctionnelle en ergothérapie pour l'évaluation de conduite automobile ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, S.V.P. joindre le rapport M-57 en regard à cette évaluation de conduite.

☐ Autres besoins (spécifiez) : _____

Formulaire de consentement

Par la présente, je _____ donne mon plein consentement à la
(Nom en lettres moulées)
Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ), mon médecin traitant _____
(Nom du médecin)
et à la source de référence d'acheminer au Centre de Réadaptation Constance-Lethbridge tous les renseignements nécessaires à mon évaluation de conduite pour motocyclette et d'échanger entre eux les informations pertinentes pour assurer la qualité des services qui me sont offerts.

Signature :

Date :

_____|_____|_____
Année Mois Jour

Témoin :

Date :

_____|_____|_____
Année Mois Jour

La copie originale du formulaire médical M-28 a-t-elle été envoyée à la SAAQ? ☐ OUI ☐ NON

DÉTAILS IMPORTANTS POUR LE REQUÉRANT EN PRÉVISION DU RENDEZ-VOUS POUR L'ÉVALUATION

-  **Fournir avec la présente demande un formulaire M-28 (pour la conduite d'une motocyclette) rempli par un médecin**
-  **Apporter votre permis de conduire**
-  **Apporter vos verres correcteurs, lunettes de soleil, casques et vêtements appropriés**
-  **Apporter votre liste de médication**