



RAPPORT MÉDICAL/OCULAIRE

Vous pouvez envoyer ce formulaire par la poste à DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120, Washington, DC 20090, ou par fax au (202) 673-9908. Ce formulaire est uniquement valide dans les **60 jours** à compter de la date de signature du Médecin/Ophthalmologiste/Optométriste. Visitez notre site Web : www.dmv.dc.gov ou composez le 311 ou le 202-737-4404 pour toute information supplémentaire.

Cette section doit être remplie par le client.

NOM DE FAMILLE		PRENOM		SECOND PRENOM	
ADRESSE		N° D'APPARTEMENT OU D'UNITÉ	VILLE	ÉTAT	CODE POSTALE
			WASHINGTON	DC	
DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA)	DLN/IDN/SSN		NUMERO DE TELEPHONE	ADRESSE DE COURRIEL	

RAPPORT MÉDICAL : Cette section doit être remplie par un médecin agréé.

Maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	*Diabétique insulino-dépendant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Crises ou évanouissements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres conditions mentales ou physiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
*La section Rapport médical doit être remplie par le médecin <u>et</u> la section Rapport oculaire par l'ophtalmologiste ou l'optométriste.					
Crises ou évanouissements Si oui, à quand remonte le dernier épisode ? _____ REMARQUE : Vous devez n'avoir subi aucune crise pendant douze (12) mois consécutifs, sauf en cas d'épisode isolé, de crises nocturnes uniquement ou en raison d'ajustements de médicaments.			Si le demandeur présente un état mental ou physique susceptible de nuire à sa capacité de conduire, veuillez indiquer son état :		
Indiquez toute restriction médicale requise :					
Indiquez en cochant une (1) des cases suivantes si un médecin doit revérifier l'état. Les troubles épileptiques nécessitent un examen médical s'étendant sur toute une année et, ce, pendant cinq (5) années consécutives.					
<input type="checkbox"/> Six (6) mois	<input type="checkbox"/> Un (1) an	<input type="checkbox"/> Deux (2) ans	<input type="checkbox"/> Trois (3) ans	<input type="checkbox"/> Quatre (4) ans	<input type="checkbox"/> N/A

Sur la base de votre diagnostic médical, le demandeur est-il capable de conduire un véhicule à moteur en toute sécurité ?

Oui Non

Informations sur le médecin :

Numéro d'identification et État de délivrance du permis du médecin : _____ Téléphone : _____

Adresse du médecin : _____

Nom en caractères d'imprimerie du médecin : _____

Signature du médecin : _____ Date: _____

RAPPORT OCULAIRE : Cette section doit être remplie par un ophtalmologiste ou un optométriste agréé.

*Diabétique insulino-dépendant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Glaucome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cataracte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Autres maladies des yeux : _____	Échec du test de vision DMV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision sans lunettes	Vision avec des lunettes	Champ de vision dans le méridien horizontal	Indiquez en cochant une (1) des cases suivantes si l'état doit être revérifié.	
Œil droit 20/_____ Œil gauche 20/_____ Les deux yeux 20/_____	Œil droit 20/_____ Œil gauche 20/_____ Les deux yeux 20/_____		<input type="checkbox"/> Six (6) mois <input type="checkbox"/> Un (1) an <input type="checkbox"/> Deux (2) ans	<input type="checkbox"/> Trois (3) ans <input type="checkbox"/> Quatre (4) ans <input type="checkbox"/> N/A
Exigences minimales pour la vision (avec ou sans lentilles correctrices) : Pas moins de 20/40 dans le meilleur œil OU pas moins de 20/70 dans le meilleur œil et un champ de vision d'au moins 140 degrés.			Indiquez toute restriction de vision requise :	

Sur la base de votre diagnostic médical, le demandeur est-il capable de conduire un véhicule à moteur en toute sécurité ?

Oui Non

Informations ophtalmologiques ou optométristes :

N° d'identification et État de délivrance du permis de l'ophtalmologiste/de l'optométriste : _____ Téléphone : _____

Adresse de l'ophtalmologiste/de l'optométriste : _____

Nom en caractères d'imprimerie de l'ophtalmologiste/de l'optométriste : _____

Signature de l'ophtalmologiste/de l'optométriste : _____ Date : _____