

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

**EXAME MÉDICO DE CONDUTORES OU CANDIDATOS A
CONDUTORES DE VEÍCULOS A MOTOR**

(artigo 26.º n.º1 do RHLC)

1ª PARTE – A PREENCHER PELO INTERESSADO

IDENTIFICAÇÃO

(Nome do condutor ou candidato) _____

residente em _____, _____ - _____
_____, nascido a ____/____/_____, natural de
_____, portador do documento de identificação _____,
com o nº _____ e válido até ____/____/_____, com o NIF
_____ e da carta/licença de condução de veículos automóveis da(s)
categoria(s) _____, com o nº _____, declara por este
meio que sofre ou já sofreu de:

Doenças da visão	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Deficiência auditiva	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Doenças dos membros	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Doenças da coluna vertebral	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Doenças cardiovasculares	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Diabetes <i>mellitus</i>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Medicado? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Insuficiência Renal	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Epilepsia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Perturbações mentais	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono.....	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Doenças neurológicas	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Dependências (drogas, álcool, medicamentos ou outras)	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Transplantes de órgão ou implante artificial.....	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Especifique _____
Outras doenças ou deficiências .	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____

(Data e assinatura) ____ / ____ / ____ _____

Visão

Acuidade Visual

Acuidade visual olho direito: Sem correção Com correção ___/ 10

Acuidade visual olho esquerdo: Sem correção Com correção ___/ 10

Acuidade visual dois olhos: Sem correção Com correção ___/ 10

Visão não corrigida em cada um dos olhos é superior a

0.5/10:..... Sim Não

Visão Monocular

Perda de visão num dos olhos por um período:..... ≥ 6 meses

< 6 meses

Diplopia

Utente sofre de diplopia:..... Sim Não

Se sim, especifique: ≥ 6 meses < 6 meses

Campo Visual e Visão Periférica

Apresenta alterações do campo visual ou da visão periférica:.... Sim Não

Visão das Cores

Acromatopsia¹: Sim Não

Protanopia²: Sim Não

Visão crepuscular

Apresenta alterações da visão crepuscular (hemeralopia³ ou visão

mesópica⁴ e/ou escópica⁵):..... Sim Não

Doença Oftalmológica Progressiva

Outra doença oftalmológica progressiva detetada: Sim Não

Se apresenta visão monocular, diplopia, alteração do campo visual ou visão periférica e/ou doença oftalmológica

progressiva, tem parecer de oftalmologista favorável para a Sim Não

condução:.....

¹ Transtorno da visão para cores;

² Transtorno da visão para a cor vermelha

³ Cegueira noturna

⁴ Alteração da visão com baixa luminosidade

⁵ Alteração da visão na iluminação crepuscular

Audição

- Apresenta perturbações na audição: Sim Não
- Surdez profunda: Sim Não
- Parecer de otorrinolaringologista favorável para a condução⁶: ... Sim Não

Aparelho de Locomoção

Membros

- Apresenta afeções ou anomalias do sistema de locomoção que comprometam a segurança rodoviária: Sim Não
- Apresenta deformidades segmentares/articulares ou alteração na mobilidade que provoque incapacidade funcional: Sim Não
- Amputação ou paralisia dos membros superiores:
- Sim, num dos membros Sim, nos dois membros Não
- Anomalia/deformidade das mãos:
- Sim, com função de presa mantida Não
- Sim, sem função de presa mantida
- Amputação ou paralisia dos membros inferiores: Sim Não
- Parecer de médico especialista favorável para a condução:..... Sim Não

Coluna Vertebral

- Apresenta deformidades ou alterações da mobilidade: Sim Não
- Alterações da mobilidade da coluna cervical :
- Sim, consegue olhar sobre ombro Não
- Sim, mas não consegue olhar sobre o ombro
- Alterações da coluna vertebral com paraplegia: Sim Não

Doenças

Doenças Cardiovasculares

- Doenças cardiovasculares graves que provoquem alteração súbita das funções cerebrais (problemas graves do ritmo cardíaco, angina de peito que se manifesta em repouso ou na emoção ou insuficiência cardíaca grave): Sim Não

⁶ Parecer ORL obrigatório para surdez profunda no Grupo 1 e/ou para deficit auditivo no Grupo 2

Tem outras situações cardiovasculares (e.g. antecedentes de enfarte do miocárdio, anomalias da tensão arterial, angioplastia ou bypass coronário, valvulopatia, malformações vasculares ou insuficiência cardíaca ligeira ou moderada): Sim Não

Solicitado parecer para a condução de médico especialista:
 Sim, sendo o parecer favorável Não
 Sim, sendo o parecer desfavorável

Diabetes mellitus

Utente tem diabetes *mellitus* sob terapêutica farmacológica:..... Sim Não

Bom controlo metabólico e adequada educação terapêutica e autocontrolo: Sim Não

Apresentou episódio de hipoglicémia grave nos 12 meses anteriores e/ou outras complicações associadas à diabetes: Sim Não

Solicitado parecer para a condução de médico assistente/especialista:
 Sim, sendo o parecer favorável Não
 Sim, sendo o parecer desfavorável

Doenças Neurológicas

Doenças neurológicas graves: Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:..... Sim Não

Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

Apresenta SAOS com sonolência diurna excessiva: Sim Não

Especifique: Leve (I A/H \leq 15)
 Moderada a Grave (I A/H >15)

Existe controlo e tratamento adequado da afeção: Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução: Sim Não

Epilepsia

Tem epilepsia:..... Sim Não

Parecer de médico neurologista favorável para a condução: Sim Não

Perturbações Mentais

Perturbações mentais congénitas ou adquiridas, incompatíveis com a condução:.....

Sim Não

Insuficiência Renal

Insuficiência renal grave (utente em programa de diálise):.....

Sim Não

Parecer de médico nefrologista favorável para a condução:.....

Sim Não

Transplantes

Utente submetido a transplante de órgãos ou implante artificial:

Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:

Sim Não

Disposições diversas

Outras afeções ou doenças não mencionadas nos pontos anteriores suscetíveis de constituir ou provocar uma incapacidade funcional que compromete a segurança rodoviária:.....

Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:

Sim Não

Hábitos

Álcool

Dependência ou consumo abusivo de álcool:

Sim Não

Antecedência de dependência de álcool:

Sim Não

Em abstinência há: <6meses ≥6meses e <1ano

≥1ano

Parecer de médico de psiquiatria favorável para a condução:.....

Sim Não

Drogas e/ou Medicamentos

Dependência ou consumo abusivo de drogas e/ou medicamentos:.....

Sim Não

Consumo regular de substâncias psicotrópicas ou medicamentos suscetíveis de comprometer a aptidão para a condução:.....

Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:

Sim Não

Outras Situações

Foram solicitados outros exames complementares ou avaliação psicológica:

Sim Não

Quais? _____

Resultado favorável do exame ou avaliação psicológica:

Sim Não

Observações:

PARECER DO MÉDICO:

APTO SEM RESTRIÇÕES para as categorias: _____

APTO COM RESTRIÇÕES para as categorias: _____

Especifique as restrições: _____

INAPTO PARA A CONDUÇÃO para as categorias: _____

CAUSA(S) PARA A INAPTIDÃO _____

Vinheta Local
Prescrição

Data de emissão: ____/____/____

Assinatura do Médico

Vinheta Médico