

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

A potência das lentes excede +/- 6 dioptrias: 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

Campo visual superior ou igual a 120º no plano horizontal,
com uma extensão mínima a 50º à direita e à esquerda e de

20º superior e inferior: Sim Não

Visão das Cores

Acromatopsia¹: Sim Não

Protanopia²: Sim Não

Visão crepuscular

Apresenta alteração da hemeraltopia³ ou visão mesópica⁴ e/ou escópica⁵: Sim

Não

Doença Oftalmológica Progressiva

Outra doença oftalmológica progressiva detetada: Sim Não

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

Se apresenta visão monocular, diplopia e/ou doença oftalmológica progressiva, tem parecer favorável para a condução de oftalmologista:..... Sim Não

Audição

Deficit auditivo: Sim Não

Surdez profunda: Sim Não

Precisa audiograma tonal ou parecer de otorrinolaringologista: Sim Não

Parecer favorável para a condução de otorrinolaringologista: ... Sim Não

Membros/Aparelho de Locomoção

Incapacidade dos Membros e Membros Artificiais

Detetadas afeções ou anomalias do sistema de locomoção que comprometam a segurança rodoviária: Sim Não

Tem lesões e/ou deformidades dos membros ou do aparelho de locomoção que provocam incapacidade funcional:..... Sim Não

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

Amputação ou paralisção dos membros superiores:

Sim, num dos membros Sim, nos dois membros Não

Anomalia ou deformidade das mãos: Sim Não

Os polegares estão íntegros, com suficiente oponência (com função de presa em cada mão): Sim Não

Amputação membros inferiores: Sim Não

Incapacidades da Coluna Vertebral

Incapacidade grave da coluna vertebral: Sim Não

Incapacidade ao nível de vertebrae cervicais (incapacidade de olhar sobre o ombro): Sim Não

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

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

Parecer favorável para a condução de médico especialista: Sim Não

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

Parecer favorável para a condução de médico assistente/especialista:..... Sim Não

Doenças Neurológicas

Doenças neurológicas graves: Sim Não

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

Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

Apresenta SAOS com sonolência diurna excessiva: Sim Não

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

Existe controlo e tratamento adequado da afeção: Sim Não

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

Epilepsia

Tem epilepsia:..... Sim Não

Parecer favorável para a condução de médico neurologista: 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 peritoneal ou hemodiálise):..... Sim Não

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

Transplantes

Utente submetido a transplante de órgãos ou implante artificial Sim Não

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