

## Questionnaire concernant la conduite automobile du patient *Destiné au patient*

1) Avez-vous des difficultés pour rester concentrer sur une même activité (lecture, bricolage...)

Oui  Non

2) Vous êtes-vous déjà égaré en conduisant ?

Oui  Non

3) Avez-vous des difficultés pour reconnaître des panneaux de signalisation et adapter votre conduite (exemple des ronds-points) ?

Oui  Non

4) Avez- vous des difficultés pour utiliser la voiture (démarrage, freinage, passage des vitesses, créneaux)

Oui  Non

5) Avez-vous déjà eu peur en conduisant récemment ?

Oui  Non

6) Avez-vous, sur les deux dernières années (*entourez la bonne réponse*) :

a. Eraflé la voiture ? Oui  Non

b. Eu un accident de voiture ? Oui  Non

c. Eu une contravention ? Oui  Non

7) Trouvez-vous que vos réflexes sont moins bons qu'avant ?

Oui  Non

8) Pensez-vous être dangereux au volant ?

Oui  Non

9) A quelle fréquence conduisez-vous ?

a. Tous les jours

b. 1 à 2 fois par semaine

c. Moins d'une fois par semaine

10) A quelle distance en kilomètres (aller-retour) ?

a. Moins de 5 Km

b. Entre 6 et 20 Km

c. Plus de 20 Km

11) Quels sont les motifs pour conduire ?

- a. Faire les courses
- b. Se rendre à des activités\*
- c. Se rendre à des soins
- d. Visiter de la famille ou des amis

12) Avez-vous modifié votre vitesse de conduite ?

Oui  Non

13) Êtes-vous parfois somnolent(e) dans la journée et notamment au volant ?

Oui  Non

14) Pensez-vous que des leçons de conduite vous seraient bénéfiques ?

Oui  Non

*\*se rendre au travail, loisirs, obligations...*