



		<input type="checkbox"/> > 12 heures	
MDMA	<input type="checkbox"/> absorbée par voie orale	<input type="checkbox"/> 1 - 6 heures <input type="checkbox"/> 6 - 12 heures <input type="checkbox"/> > 12 heures	

Héroïne	<input type="checkbox"/> absorbée par voie orale <input type="checkbox"/> prisee <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	<input type="checkbox"/> 1 - 6 heures <input type="checkbox"/> 6 - 12 heures <input type="checkbox"/> > 12 heures	
Cocaïne	<input type="checkbox"/> absorbée par voie orale <input type="checkbox"/> prisee <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	<input type="checkbox"/> 1 - 6 heures <input type="checkbox"/> 6 - 12 heures <input type="checkbox"/> > 12 heures	
Cannabis	<input type="checkbox"/> absorbée par voie orale <input type="checkbox"/> fumé	<input type="checkbox"/> 1 - 6 heures <input type="checkbox"/> 6 - 12 heures <input type="checkbox"/> > 12 heures	

**Résultat de l'immunoessai qualitatif sur l'échantillon de salive**

<b>Date</b>		<b>Heure</b>	
<b>Résultat du paramètre (2)</b>	<b>Positif</b>		<b>Négatif</b>
Amphétamine, MDMA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Opiacés	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Signature du verbalisant

**Partie II – A compléter par le médecin requis – Volet administratif.**Identité et adresse du médecin

Numéro de registre national (1) :

Numéro d'entreprise (1) (3) :

ou numéro d'établissement (1) (3) :

Numéro d'identification CGAB

Date de l'appel :	Heure de l'appel : .....
	Heure d'arrivée : .....
	Heure de départ : .....
Nombre de km (A/R)	
Nombre de km (A/R) (tarif frais de justice)	<b>Total :</b> km à
	euros au tarif normal (3)
	au tarif extraordinaire
Honoraire (tarif frais de justice)	
	<b>Total général</b>

Remettez-vous un rapport sous pli fermé ?

OUI / NON (3)

Signature du médecin

(1) Cf. loi « Only Once » à remplir pour les personnes résidant en Belgique.

(2) Cocher ce qui convient.

(3) Biffer la mention inutile.

<b>Partie III – À compléter par le médecin requis – Volet médical</b>
---

Motif de l'appel (2)

appréciation du motif invoqué par la **personne contrôlée** :

- motif légitime
- motif illégitime
- ne peut donner d'appréciation en raison de

exécution d'un prélèvement sanguin :

- effectue le prélèvement sanguin
- s'abstient d'effectuer le prélèvement sanguin au motif que :

Maladie	
<p><b>La personne contrôlée</b> déclare-t-elle souffrir d'une maladie ? (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Laquelle ?.....</p> <p>.....</p>	<p>Remarques</p>

Médicaments	
<p>Usage (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Lesquels ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Remarques</p>

**Autres constatations médicales**

Signature du médecin

Date : .....

- (1) Cf. loi « Only Once » à remplir pour les personnes résidant en Belgique.
- (2) Cocher ce qui convient.
- (3) Biffer la mention inutile.

Vu afin d'être joint à Notre arrêté du 27 novembre 2015 portant exécution de la loi relative à la police de la circulation routière, coordonnée le 16 mars 1968, en ce qui concerne l'analyse salivaire et le prélèvement sanguin dans le cadre de la conduite sous l'influence de certaines substances psychotropes ainsi que l'agrément des laboratoires.

**PHILIPPE**

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,  
K. GEENS

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
Mme M. DE BLOCK

Le Ministre de la Sécurité et de l'Intérieur,  
J. JAMBON

La Ministre de la Mobilité,  
Mme J. GALANT

Le Ministre de l'Économie,  
K. PEETERS