

**RHAN A: AMDANOCH CHI**

Atebwch y cwestiynau ar y ffurflen hon mewn **LLYTHRENNAU BRAS** gan ddefnyddio **INC DU**

Teitl:                      Cyfenw:                       Dyddiad Geni:

(Mr, Mrs, Miss, Arall?)

Enw(au) Cyntaf:                       Rhif   
Gyrrwr: (os gwybodir)

Cyfeiriad   
  
  
  
Cod Post

Rhif(au) Ffôn:   
Cartref   
Symudol   
E-bost

**RHAN B: AM EICH MEDDYG TEULU A'CH YMGYNGHORYDD**

**Enw a chyfeiriad y Meddyg Teulu**

Dr	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cod Post	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Rhif ffôn (yn cynnwys y cod ardal)

**Enw a chyfeiriad yr Ymgynghorydd**

Teitl	<input type="text"/>
Adran	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cod Post	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Rhif ffôn (yn cynnwys y cod ardal)

Y dyddiad y'ch gwelwyd diwethaf gan y Meddyg Teulu (Am y cyflwr hwn)

Y dyddiad y'ch gwelwyd diwethaf gan yr Ymgynghorydd (Am y cyflwr hwn)

Os oes gennych fwy nag un Ymgynghorydd rhowch eu henwau a'u cyfeiriadau ar ddalen ar wahân.

Ebost y Meddyg Teulu: (os gwybodir)

Ebost yr Ymgynghorydd (os gwybodir)

Rhif GIG (os gwybodir)

**Rhan C: rhowch fanylion clinigau eraill yr ydych yn mynychu**

Enw'r clinig a'r adran	Rheswm am fynychu	Dyddiad gwelwyd diwethaf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr: <input type="text"/>		

1. Nodwch pa fath o broblemau â'r galon neu cardiofasgwlaidd eraill sydd gennych a dyddiad y diagnosis neu'r driniaeth (ticiwch ✓ y blwch perthnasol)

- |   |                               |  |                             |                      |                      |                      |
|---|-------------------------------|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| a) Angina   | ✓<br><input type="checkbox"/> |  | Dyddiad                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b) Trawiad ar y galon ( <i>Cnawdnychiad Myocardiaidd</i> ) neu syndrom coronaidd aciwt  | <input type="checkbox"/>      |  | Pwl diwethaf                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c) Angioplasti/stent  | <input type="checkbox"/>      |  | Triniaeth ddiweddaraf       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d) Llawdriniaeth ddargyfeiriol ar y galon ( <i>CABG</i> )   | <input type="checkbox"/>      |  |                             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e) Rythm abnormal ar y galon ( <i>Arhythmia</i> )   | <input type="checkbox"/>      |  | Pwl diweddaraf              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| A yw'ch cyflwr wedi achosi unrhyw bendro neu lewygu sydyn ac anableddu yn ystod y 12 mis diwethaf?  |                               |  | Ydy                         | <input type="text"/> | Nac                  | <input type="text"/> |
| A yw'r cyflwr wedi'i reoli?   |                               |  | Ydy                         | <input type="text"/> | Nac                  | <input type="text"/> |
| f) Rheoliadur   | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad ei fewnblannu       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <i>(Os oes gennych reoliadur mae'n rhaid i chi hefyd lofnodi a dyddio'r datganiad "VPACE" ar dudalen 3).</i>                              |                               |  |                             |                      |                      |                      |
| A ydych chi bellach yn rhydd o'r symptomau a arweiniodd at y ddyfais yn cael ei gosod?  |                               |  | Ydw                         | <input type="text"/> | Nac                  | <input type="text"/> |
|   |                               |  |                             |                      | Ydw                  | <input type="text"/> |
| g) Abladiad cathetr   | <input type="checkbox"/>      |  | Triniaeth ddiweddaraf       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| A oedd eich abladiad ar gyfer digwyddiad anableddu sydyn?   |                               |  | Oedd                        | <input type="text"/> | Nac                  | <input type="text"/> |
|   |                               |  |                             |                      | Oedd                 | <input type="text"/> |
| h) Diffibriliwr   | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad ei fewnblannu       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| i) Clefyd fasgwlar rhydweliol ymylol  | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad eich gweld diwethaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| j) Anewrysm aortig  | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad eich gweld diwethaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cadarnhewch y mesuriad diweddaraf o'ch anewrysm ( <i>os ydych yn gwybod</i> )   |                               |  |                             | <input type="text"/> | cm                   |                      |
| k) Dyranriad aortig   | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad eich gweld diwethaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| l) Methiant y galon   | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad eich gweld diwethaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ydych chi'n dioddef o symptomau a fyddai'n effeithio ar yrru'n ddiogel?<br><i>e.e. diffyg anadl, poenau'r frest, crychguriadau ac ati</i> |                               |  | Ydw                         | <input type="text"/> | Nac                  | <input type="text"/> |
|   |                               |  |                             |                      | Ydw                  | <input type="text"/> |
| m) Syndrom Brugada  | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad eich gweld diwethaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| n) Syndrom QT Hir   | <input type="checkbox"/>      |  | Dyddiad eich gweld diwethaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

# VOCH1

o) Pwysedd gwaed uchel (*Gorbwysedd*)   Dyddiad

A yw'n cael ei reoli'n dda? (Yn llai na 180/100 mm/Hg yn gyson) Ydy  Nac   
Ydy

Cadarnhewch eich darlleniad pwysedd gwaed diweddaraf (*os ydych yn gwybod*)  /

p) Gorbwysedd malaen  *Dyddiad eich gweld diwethaf*

q) A yw rheoliadur arbennig wedi'i fewnblannu i wella methiant eich calon? (*CRT-P*)  *Dyddiad ei fewnblannu*

(*Os oes gennych reoliadur, rhaid i chi hefyd lofnodi a dyddio'r datganiad "VPACE" ar dudalen 3*).

r) A yw dyfais cynorthwyo gardiaidd (LVAD) wedi'i mewnblannu?  *Dyddiad ei mewnblannu*

Beth yw'r ddyfais? \_\_\_\_\_

s) Unrhyw gyflwr arall ar y galon? Rhowch fanylion. \_\_\_\_\_

2. Pe bai angen, a fyddech chi'n gallu cerdded yn gyflym am 9 munud? Ie  Na

Os Na, rhowch y rheswm pam? \_\_\_\_\_

3. Rhowch fanylion eich meddyginiaeth bresennol:

Enw'r feddyginiaeth	Dos	Rheswm dros gymryd

4. Nodwch eich mesuriadau presennol Taldra  Pwysau

5. Nodwch y math o archwiliadau neu driniaeth cardiaidd rydych chi wedi cael neu'n aros amdanynt. Ticiwch ✓ y blwch/blychau perthnasol:

a) Prawf ymarfer corff neu felin draed   Dyddiad

A wnaethoch chi stopio unrhyw feddyginiaeth 48 awr cyn y prawf? Do  Naddo

Os "Do", pa feddyginiaeth a stopiwyd? \_\_\_\_\_

Ydych chi'n gwybod am ba hyd y gwnaethoch chi ymarfer corff i'r funud agosaf? \_\_\_\_\_

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

## VOCH1W

- b) Sgan darlifiad myocardiaidd/Eco straen
- c) Angiograffi coronaidd
- d) Ecocardiogram
- e) Arall

Os Arall, rhowch fanylion \_\_\_\_\_

6. A oes gennych chi unrhyw gyflwr meddygol arall? Oes  Nac   
Oes

Os Oes, rhowch fanylion: \_\_\_\_\_

Os ydych wedi ateb Oes i C1f – Darllenwch a llofnodwch y datganiad VPACE

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

**Amodau trwydded yrru galwedigaethol.**

1. Cynhelir gwiriadau o'r rheoliadur yn rheolaidd o dan ofal cardiolegydd ymgynghorol.
2. Dilynir cyngor y meddyg/cardiolegydd ynghylch eich triniaeth a'ch adolygiad meddygol trwy gydol cyfnod eich trwydded.
3. Rydych yn ymrwymo i hysbysu DVLA os ydych chi'n cael pyliau o bendro/lewygu neu flacowt anableddu sydyn neu unrhyw gyflwr meddygol arall a allai effeithio ar yrru'n ddiogel.
4. Nid oes angen adolygu'ch trwydded yn rheolaidd ar gyfer unrhyw gyflwr meddygol arall.

**Datganiad Rheoliadur:**

**“Mae gennyf reoliadur wedi'i fewnblannu ac rwy'n cytuno i gydymffurfio â'r amodau uchod os rhoddir trwydded yrru gyffredin (Grŵp 1) a galwedigaethol (Grŵp 2) i mi”**

Llofnod: \_\_\_\_\_ Dyddiad: \_\_\_\_\_

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

### Caniatâd i ryddhau gwybodaeth feddygol

**Pwysig:** Darllenwch y wybodaeth ganlynol yn ofalus a llofnodwch a dyddiwch y datganiad isod a dychwelyd y ffurflen ganiatâd gyda'ch holiadur. Ni allwn fwrw ymlaen â'r ymholiadau i'ch ffitrwydd i yrru hyd nes y byddwn yn derbyn eich dau holiadur wedi'i gwblhau a'r ffurflen ganiatâd.

- Rydym wedi gofyn i chi am eich caniatâd i ryddhau adroddiadau meddygol gan eich meddygon gan y byddwn o bosib angen gwybodaeth bellach.
- Fel rhan o'r ymchwiliad i'ch ffitrwydd i yrru, efallai y bydd DVLA angen i chi gael archwiliad meddygol neu ryw fath o asesiad ymarferol. Dan yr amgylchiadau hyn, bydd y personél cysylltiedig angen manylion eich cefndir meddygol i gynnal asesiad priodol a digonol.
- Gall personél o'r fath gynnwys Meddygon, Orthoptwyr, Staff Parameddygol neu Swyddogion yr Ysgrifennydd Gwladol. Dim ond gwybodaeth berthnasol i'r asesiad o'ch ffitrwydd i yrru bydd yn cael ei ryddhau.
- Pe byddai amgylchiadau eich achos yn ymddangos yn rhai eithriadol, byddai angen i'r wybodaeth feddygol berthnasol gael ei hystyried gan Baneli Ymgynghorol Meddygol Anrhydeddus yr Ysgrifennydd Gwladol. Mae aelodau'r Paneli hyn yn cydymffurfio'n gaeth â'r egwyddor o gadw cyfrinachedd.

Defnyddir pob data a gedwir gan DVLA ar gyfer gwerthuso mewnol o ansawdd ein gwasanaethau.

**NI ddylai'r adran hon gael ei newid mewn unrhyw fodd.**

#### Caniatâd a Datganiad

Rhoddaf yr hawl i fy Meddyg(on) ac Arbenigwr(wyr) i ryddhau adroddiadau/gwybodaeth feddygol am fy nghyflwr ynghylch fy ffitrwydd i yrru, i ymgynghorydd meddygol yr Ysgrifennydd Gwladol.

Rhoddaf yr hawl i'r Ysgrifennydd Gwladol ddatgelu'r wybodaeth feddygol berthnasol angenrheidiol i'r ymchwiliad i fy ffitrwydd i yrru, i Feddygon, Orthoptwyr, Staff Parameddygol neu Swyddogion yr Ysgrifennydd Gwladol.

Rwy'n datgan fy mod wedi gwirio'r manylion a roddwyd gennyf ar yr holiadur amgaeedig, a'u bod, hyd y gwn i ac i'm credo, yn gywir.

“Deallaf fy mod yn cyflawni trosedd os gwnaf ddatganiad ffug er mwyn cael trwydded yrru a gall hynny arwain at erlyniad.”

Enw: \_\_\_\_\_

Llofnod: \_\_\_\_\_ Dyddiad: \_\_\_\_\_

**Rwyf yn awdurdodi'r Ysgrifennydd Gwladol i:**

**Hysbysu fy Meddyg(on) o ganlyniad fy achos** Ydw  Nac ydw

**Rhyddhau gwybodaeth feddygol, a geir ei ddarganfod yn ystod yr ymchwiliad i'm ffitrwydd i yrru, i fy Meddyg/Meddygon** Ydw  Nac ydw

Os hoffech gael ei gysylltu ynghylch eich cais drwy e-bost neu neges destun (SMS), ticiwch y blychau priodol (isod). Os na, bydd y DVLA yn parhau i gysylltu gyda chi drwy'r post.

Rwy'n awdurdodi i gynrychiolydd yr Ysgrifennydd Gwladol i gysylltu gyda mi drwy e-bost neu neges destun SMS mewn perthynas â'r cais hwn (Ticiwch os gwelwch yn dda):

**E-bost**  Ydw  Na **SMS (Neges destun)**  Ydw  Na

Os ydych yn ticio naill ai un o'r opsiynau, bydd y DVLA yn cysylltu gyda chi gan ddefnyddio darparwr gwasanaeth allanol ynghylch y cais hwn yn unig. Ni fydd eich manylion e-bost neu ffôn symudol yn cael eu rhoi i unrhyw Drydydd Parti arall, neu'n cael eu defnyddio ar gyfer dibenion marchnata.

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

**Sylwer:** cwblhewch a dychwelwch holl dudalennau'r holiadur meddygol hwn (1-6) ynghyd a'r caniatâd / datganiad. Os na wnewch roi'r holl wybodaeth sydd angen arnom yn cynnwys enw llawn, chyfeiriad a rhif ffôn eich meddyg teulu / Ymgynghorydd, yna bydd oedi mewn delio a'ch cais.

Defnyddiwch y manylion cyswllt isod i ddychwelyd eich holiadur meddygol wedi'i gwblhau i Grŵp Meddygol Gyrwyr.

**Drwy'r Post**

Grŵp Meddygol Gyrwyr.

DVLA

Abertawe

SA99 1DF

**Drwy ffacs**

0300 083 0083

Cadwch y dudalen hon (7) ar gyfer y dyfodol

**Dewch o hyd i wybodaeth am  
wasanaethau ar-lein DVLA  
Ewch i : [www.gov.uk/browse/driving](http://www.gov.uk/browse/driving)**

