

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+E)

Primo certificato / /

Controllo / /

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, il/la Sig./Sig.ra

Cognome

Nome

Data di nascita / / / / / / /

Residenza.....

Diagnosi: Riferita / Non Riferita /

Se riferita la data della diagnosi / / / / / / /

Diagnosi sindromica

Esame neurologico

EEG

TAC / RMN /

Altra patologia associata ad aumentato rischio di crisi (anche senza crisi):

.....

.....

Se l'ultima crisi è occorsa da più di 10 anni Data / / / / / / /

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? No / Sì /

Il trattamento antiepilettico è tuttora in corso? No / Sì /

Se l'ultima crisi è occorsa da meno di 10 anni, specificare tipo e circostanze:

/ Crisi epilettica provocata Data / / / / / / /

Numero crisi provocate: Una / Due o più /

Fattori provocanti

/ Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti .. Data

/ / / / / / /

/ Altra perdita di coscienza

.....

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

.....

.....

Data / / / / / / /

Firma e Timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione