

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Gruppo I (Patenti A, B, B+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

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi

No /_/_/ Sì /_/_/

Se l'ultima crisi è occorsa da meno di 12 mesi, specificare tipo e circostanze:

/_/_/ Crisi epilettica provocata

Data /_/_//_/_//_/_/

Numero crisi provocate nei 12 mesi:

Una /_/_/ Due o più /_/_/

Fattori provocanti

/_/_/ Unica crisi non provocata

Data /_/_//_/_//_/_/

/_/_/ Crisi solo in sonno (da almeno 12 mesi)

Data /_/_//_/_//_/_/

/_/_/ Crisi senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi)

Data /_/_//_/_//_/_/

/_/_/ Crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico

Data /_/_//_/_//_/_/

Il trattamento precedente è stato ripristinato? No /_/_/ Sì /_/_/

/_/_/ Altra perdita di coscienza.....

/_/_/ Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti

Data /_/_//_/_//_/_/

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia?

No /_/_/ Sì /_/_/

Data /_/_//_/_//_/_/

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi

No /_/_/ Sì /_/_/

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

.....
.....

Data /_/_//_/_//_/_/

Firma e Timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione