

**TIMBRO DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA**

**CERTIFICAZIONE PER IDONEITA' ALLA GUIDA IN SOGGETTI  
CON PATOLOGIE PNEUMOLOGICHE**

Certifico che il Sig/ra.....  
nato/a a ..... il ....., da me visitato in data odierna è  
affetto ..... dalla ..... seguente ..... patologia  
polmonare.....  
E' in trattamento/follow-up presso la U.O. di Pneumologia  
di..... dal.....  
Ultimo ricovero del..... presso.....  
Ultima crisi acuta il.....

Attuali condizioni clinico-metaboliche:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ha manifestato nell'ultimo anno episodi di:

- diminuzione di concentrazione
- agitazione
- tempi di reazione poco rapidi
- facile stancabilità

Eventuali  
comorbidità:.....  
.....

Esami strumentali effettuati:.....  
.....  
.....

Le ..... terapie ..... in ..... corso:  
sono.....  
.....

Eventuale ..... ossigenoterapia ..... dal..... per ..... n. ..... ore  
/die..... con  
esito.....

Eventuali effetti della O2terapia sulla vigilanza/attenzione.....

Tale forma morbosa è in fase di compenso: completo..... incompleto .....

Nell'ultimo anno ha presentato:

-...

Controlli clinico-strumentali con cadenza: .....

In fede

(Illo Specialista, timbro e firma leggibile)

data