

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA GUIDA DI VEICOLI A MOTORE

(da redigere a cura del Medico di fiducia di cui all'art. 119 c.3 del C.d.s. così come modificato dall'art. 23 par. 1 della legge 29.07.2010 n. 120)

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

.....  
nata/o a ..... il .....  
Codice Fiscale .....

da me in cura da più/da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno, presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa) pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

|                                                                                                      |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO <i>(se si specificare diagnosi)</i>                       | SI | NO |
| MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO <i>(se si specificare diagnosi)</i>                              | SI | NO |
| .....                                                                                                |    |    |
| - Sindrome delle apnee notturne .....                                                                | SI | NO |
| - O2 terapia in atto ore/die .....                                                                   | SI | NO |
| DIABETE <i>(se si specificare il tipo)</i>                                                           | SI | NO |
| MALATTIE ENDOCRINE <i>(se si specificare diagnosi)</i>                                               | SI | NO |
| ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO ARTICOLARE: <i>(alterazioni anatomiche o funzionali)</i>       | SI | NO |
| MALATTIE DEL SANGUE: sindromi emofiliache, linfomi, leucemie ... <i>(se si specificare diagnosi)</i> | SI | NO |
| APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale                                                          | SI | NO |
| TRAPIANTO D'ORGANO <i>(se si specificare diagnosi, data e stato attuale)</i>                         | SI | NO |
| MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO <i>(se si specificare diagnosi)</i>                                    | SI | NO |
| .....                                                                                                |    |    |
| - Alterazioni del campo visivo .....                                                                 | SI | NO |
| ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo <i>(se si specificare diagnosi)</i>                                | SI | NO |
| MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO <i>(se si specificare diagnosi)</i>                                     | SI | NO |
| .....                                                                                                |    |    |
| - Epilessia <i>(se si specificare diagnosi e data ultima crisi)</i>                                  | SI | NO |

|                                                                                          |            |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|----|
| PATOLOGIE ONCOLOGICHE <i>(se si specificare diagnosi e terapie effettuate o in atto)</i> |            | SI | NO |
| PORTATORE DI PROTESI <i>(se si specificare)</i>                                          |            | SI | NO |
| INVALIDITA' CIVILE <i>(se si specificare diagnosi e percentuale Tab. %)</i>              |            | SI | NO |
| PATOLOGIE PSICHICHE <i>(se si specificare diagnosi)</i>                                  | in passato | SI | NO |
| In cura presso strutture psichiatriche territoriali                                      | in passato | SI | NO |
| CONDIZIONE DI DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE:                                        | in passato | SI | NO |
| - Abuso di alcool.....                                                                   | in passato | SI | NO |
| - Uso di sostanze stupefacenti.....                                                      | in passato | SI | NO |
| - Uso di sostanze psicotrope.....                                                        | in passato | SI | NO |
| - In cura presso SERT.....                                                               | in passato | SI | NO |

Eventuali note

.....

.....

.....

Data

Timbro e Firma del Medico