

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 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 Si No

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? Si No

Altra perdita di coscienza _____

Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti _____
data _____

Paziente sottoposto a chirurgia dall'epilessia? Si No data _____

Assenza di crisi negli ultimi mesi Si No

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida _____

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma e timbro dello Specialista

Data _____