

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI VEICOLI A MOTORE (da redigere a cura del Medico di fiducia di cui all'art. 119 c.3 del Cd.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 di

un anno, presenta pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (se si specificare diagnosi) _____	SI	NO
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> Sindrome delle apnee notturne <input type="checkbox"/> O2 terapia in atto ore/die	SI	NO
DIABETE (se si specificare il tipo) _____	SI	NO
MALATTIE ENDOCRINE (se si specificare diagnosi) _____	SI	NO
ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO ARTICOLARE: (alterazioni anatomiche o funzionali)	SI	NO
MALATTIE DEL SANGUE: _____	SI	NO
APPARATO URO-GENITALE: (insufficienza renale)	SI	NO
TRAPIANTO D'ORGANO (se si specificare diagnosi, data e stato attuale) _____	SI	NO
MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> Alterazioni del campo visivo	SI	NO
ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo _____	SI	NO
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> Epilessia (se si specificare data ultima crisi) _____	SI	NO
PATOLOGIE ONCOLOGICHE (se si specificare diagnosi e terapie effettuate o in atto) _____	SI	NO
PORTATORE DI PROTESI (se si specificare) _____	SI	NO
INVALIDITA' CIVILE (se si specificare diagnosi e percentuale Tab. %) _____	SI	NO

PATOLOGIE PSICHICHE (se si specificare diagnosi) _____ <input type="checkbox"/> In cura presso strutture psichiatriche territoriali	in passato	SI	NO
CONDIZIONE DI DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE: <input type="checkbox"/> Abuso di alcool <input type="checkbox"/> Uso di sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> Uso di sostanze psicotrope	in passato	SI	NO

Eventuali note: _____

data ___ / ___ / ___

Timbro e Firma del Medico
