CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+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 .....

Esame neurologico .....

EEG .....

TAC /__/ RMN /__/ .....

Altra patologia associata ad aumentato rischio di crisi (anche senza crisi):

.....

.....

Se l'ultima crisi è occorsa da più di 10 anni Data /__/__//__/__//__/__/

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? No /__/ Sì /__/

Il trattamento antiepilettico è tuttora in corso? No /__/ Sì /__/

Se l'ultima crisi è occorsa da meno di 10 anni, specificare tipo e circostanze:

/__/ Crisi epilettica provocata Data /__/__//__/__//__/__/

Numero crisi provocate: Una /__/ Due o più /__/

Fattori provocanti .....

/__/ Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti .....

Data /__/__//__/__//__/__/

/__/ Altra perdita di coscienza .....

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

.....

.....

Data /__/__//__/__//__/__/

Firma e Timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione .....