

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 (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 (se si specificare diagnosi)	SI	NO
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (se si specificare diagnosi)	SI	NO
.....		
- Sindrome delle apnee notturne	SI	NO
- 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: sindromi emofiliache, linfomi, leucemie ... (se si specificare diagnosi)	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)	SI	NO
.....		
- Alterazioni del campo visivo	SI	NO
ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo (se si specificare diagnosi)	SI	NO
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO (se si specificare diagnosi)	SI	NO
.....		
- Epilessia (se si specificare diagnosi e 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
INVALIDITÀ CIVILE (se si specificare diagnosi e percentuale Tab. %)		SI	NO
PATOLOGIE PSICHICHE (se si specificare diagnosi)	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