

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' 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/la 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 No / __/ Sì / __/

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? No / __/ Sì / __/

/ __/ Altra perdita di coscienza

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

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

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

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi No / __/ Sì / __/

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

.....
.....

Data / __/ __/ __/ __/ __/ __/ Firma e Timbro dello Specialista

Per presa visione e ritiro certificazione

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' 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