

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/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 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

.....
.....