

Gruppo I (Patenti A, B, B+E) - Certificazione di idoneità alla guida di veicoli per pazienti con epilessia

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