

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+E) - Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti con epilessia

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