

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Primo certificato /_/ Controllo /_/

Gruppo II (patenti C, C+E, D, D+E)

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

la Sig. /

nato il / / residente a / /

Diagnosi: Riferita /_/ Non Riferita /_/

Se riferita la data della diagnosi /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/

Diagnosi sindromica _____

Esame neurologico _____

ECCG _____

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 /_/ Si /_/

Il trattamento antiepilettico è tuttora in corso? No /_/ Si /_/

Se l'ultima crisi è accorsa 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 dalla categorie precedenti _____

Data /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/

/_/ Altra perdita di coscienza _____

Farmacoterapia No /_/ Si /_/ Farmaci in uso

.....

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

Data /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/

Firma e Timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione