|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE*** ***Commissione Medica Locale Patenti di Guida Speciali***P.zza Pavoncelli, 11 – 71121 FoggiaPortale web: **https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia**https:**//www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/dipartimenti\_det/-/journal\_content/56/36044/dipartimento-di-prevenzio-2 **e mail :** commissionepatentispeciali@aslfg.it |  **Mod.n.07/2025****Pagina 1 di 2** |
| **CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI PER EPILESSIA (GRUPPO I)** |

**GRUPPO I (Patenti A,B, B+E)** □ Primo certificato □ Controllo

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

il / la Sig. / Sig,ra nato/a a prov. il / / residente in via

n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnosi: □ RIFERITA □ NON RIFERITA

se riferita la data della diagnosi: / /

Diagnosi sindromica: Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi □ NO □ SI

Se l’ultima crisi è occorsa da meno di 12 mesi, specificare tipo e circostanze:

* Crisi epilettica provocata data: / /

numero di 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 □ SI

* Altra perdita di coscienza
* Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti

 data: / /

Paziente sottoposto a chirurgia dell’epilessia? □ NO □ SI data: / /

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi □ NO □ SI data: / /

Data ultima crisi: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Farmacoterapia** □ NO □ SI **Farmaci in uso** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giudizio dello specialista sull’idoneità alla guida:

Data: / / **Firma e Timbro del Medico Specialista**

**Firma dell’interessato per presa visione e ritiro certificazione**