|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE***  ***Commissione Medica Locale Patenti di Guida Speciali***  P.zza Pavoncelli, 11 – 71121 Foggia  Portale 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.08/2025**  **Pagina 1 di 1** |
| **CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI PER EPILESSIA (GRUPPO II)** | | |

**GRUPPO II (Patenti C,C+E, D, D+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: 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 □ SI data: / / Il trattamento + tuttora in corso □ NO □ SI

Se l’ultima crisi è occorsa da meno di 10 anni, specificare tipo e circostanze:

Crisi epilettica provocata: data: / /

Numero di crisi provocate: □ Una □ Due □ Tre 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 del Medico Specialista**

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