

**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