

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