

# 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 .....