

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,

la Sig. _____

nato il _____ residente a _____

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 accorsa 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 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 ultima crisi

Farmacoterapia No Si Farmaci in uso

Data sospensione terapia antiepilettica

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

Data

Firma e Timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione