

CERTIFICATO ANAMNESTICO DEL MEDICO CURANTE

°(da compilarsi a carico del medico di fiducia, ai sensi dell'art. 119 comma 3 del C. d. S. come modificato dalla Legge 29 luglio 2010 n. 120)°

Certifico, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il Sig. / Sig.ra

COGNOME e NOME

DATA DI NASCITA e LUOGO.....

CODICE FISCALE.....

Da me in cura () da più di un anno () da meno di un anno

() presenta () non presenta

Condizioni morbose pregresse o in atto che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO () SI () NO

Specificare.....

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO () SI () NO

Specificare.....

Sindrome delle apnee notturne () SI () NO

O2 terapia in atto ore/die..... () SI () NO

DIABETE () SI () NO

Terapia insulinica () SI () NO

Specificare

MALATTIE ENDOCRINE () SI () NO

Specificare.....

ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO – ARTICOLARE () SI () NO

Specificare

MALATTIE DEL SANGUE () SI () NO

Specificare.....

INSUFFICIENZA RENALE () SI () NO

.....

TRAPIANTO D'ORGANO () SI () NO

.....

MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO () SI () NO

Specificare.....

Alterazione del campo visivo () SI () NO

SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO - OSAS

Specificare..... () SI () NO

°ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo°

() SI () NO

Specificare

ALTERAZIONI DELL'APPARATO VESTIBOLARE

() SI () NO

Specificare.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

() SI () NO

Centrale (specificare).....

Deterioramento cognitivo.....

Epilessia.....data dell'ultima crisi.....

Periferico.....

INFERMITA' DI NATURA PSICHICA

() SI () NO

Specificare.....

Insufficienza mentale.....

Psicosi / disturbi di personalità.....

Depressione.....

Altre.....

In cura presso strutture psichiatriche territoriali

() SI () NO in passato ()

DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE

() SI () NO in passato ()

Abuso di alcool.....

Uso di sostanze stupefacenti.....

Uso di sostanze psicotrope.....

In cura presso **SERT**

() SI () NO in passato ()

MALATTIE ONCOLOGICHE

() SI () NO in passato ()

Specificare.....terapie effettuate.....

PORTATORE DI PROTESI

() SI () NO

Specificare

ALTRO

Data,.....

Firma del richiedente

Timbro e firma
Del Medico di fiducia