

**Allegato 4**

**Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica, che ha in cura il**

**Sig./ra.....**

**Nato/a ..... il .....**

**per il rilascio o rinnovo della patente di guida**

**Risultati Polisonnografia o Monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:**

**AHI.....**

**Terapia praticata:**

- ventilatore (CPAP, autoCPAP, Bilevel, )
- apparecchio endoorale di avanzamento mandibolare
- intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)
- altra terapia .....

**Compliance dimostrata alla terapia   Buona    Accettabile    Insufficiente**

**Monitorata con .....**

**Sonnolenza diurna :    Migliorata    Non migliorata    Assente**

**Valutata con.....**

**Giudizio complessivo efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona vigilanza diurna**

- Efficace    Non efficace    Scarsamente efficace

**Data.....**

**Firma dello Specialista.....**

**Note : Nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endoorale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo.  
Il giudizio sulla Compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite**