

# 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 .....