

EPILESSIA*Idoneità alla guida***CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA****In conformità alla circolare del Ministero della salute 25/07/2011**Primo certificato ☐Controllo ☐

Data ____/____/____

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, il/la

Sig./ra _____ data di nascita ____/____/____

Diagnosi: Riferita ☐ se riferita data della diagnosi ____/____/____ Non Riferita ☐**Diagnosi sindromica** _____Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi **SI** ☐ **NO** ☐☐ **Crisi non provocata** _____

- data ultima crisi ____/____/____
- trattamento farmacologico in corso **SI** ☐ **NO** ☐ sospeso il _____ ; guarito **SI** ☐ **NO** ☐

☐ **Crisi Provocata** a causa di _____

- data ultima crisi ____/____/____
- Numero di crisi nei 12 mesi: Una ☐ 2 o più ☐

☐ **Crisi unica o isolata non Provocata**

- data ultima crisi ____/____/____
- Trattamento farmacologico in corso **SI** ☐ **NO** ☐ sospeso il _____

☐ **Altra perdita di coscienza**

- causa neurologica **NO** ☐ **SI** ☐ diagnosi _____
rischio di recidiva **SI** ☐ **NO** ☐

☐ **Crisi sempre e solo Morfeiche** data inizio ____/____/____

- trattamento farmacologico in corso **SI** ☐ **NO** ☐

☐ **Crisi sempre e solo senza effetto sullo stato di coscienza e sulla capacità funzionale di eseguire le manovre di guida**(descrizione) _____

data inizio ____/____/____

- trattamento farmacologico in corso **SI** ☐ **NO** ☐

☐ **Crisi per modificazione terapia da parte del medico** data ____/____/____

- ripreso trattamento efficace **SI** ☐ **NO** ☐

☐ **Intervento chirurgico per curare l'epilessia** data ____/____/____

- trattamento farmacologico in corso **SI** ☐ **NO** ☐
- crisi epilettiche successive **SI** ☐ data ____/____/____ **NO** ☐

☐ **Altro tipo di crisi non previsto dalle categorie precedenti** _____

- data ultima crisi ____/____/____
- Trattamento farmacologico in corso **SI** ☐ **NO** ☐ sospeso il _____

Riquadro per pazienti gruppo II(cat. C, C+E, D, D+E)

Esame neurologico _____

EEG _____

TAC/RMN _____

Altre patologie cerebrali con aumentato rischio di crisi(anche senza crisi) _____

*Valutazione conclusiva del rischio epilettico e giudizio sull'idoneità alla guida***Firma dell'interessato** (per presa visione e ritiro certificato)**Timbro con specializzazione**
Firma