

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 patologia cerebrale con aumentato rischio di crisi(<i>anche senza crisi</i>) _____ |

Valutazione conclusiva del rischio epilettico e giudizio sull'idoneità alla guida

Firma dell'interessato (per presa visione e ritiro certificato)

**Timbro con specializzazione
Firma**