

**Valutazione specialistica soggetti con OSAS
per il rilascio o rinnovo della patente di guida**
Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica

Sig./ra _____

Nato/a _____ il ___/___/___

✚ **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 e Timbro 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