

EPILESSIA e CRISI EPILETTICHE

Idoneità alla guida

MODELLO DI CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA

In conformità al Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti
30 novembre 2010

Si certifica che il

Sig./ra _____ nato/a _____ il _____

Presenta:

☐ **Epilessia** _____

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

☐ **Crisi Provocata** a causa di _____
bassa probabilità di recidiva **SI** ☐ **NO** ☐

☐ **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** ☐ data _____

☐ **Intervento chirurgico per curare l'epilessia** data _____

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

Terapia in atto e posologia: _____

Valutazione conclusiva del rischio epilettico

Allegare accertamenti eseguiti

Data _____

Timbro con specializzazione
Firma