

**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 .....

