

EPILESSIA

Idoneità alla guida

MODELLO DI CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA

Si certifica che il

Sig./ra _____ nato/a il _____

Presenta:

Epilessia: (due o più crisi epilettiche non provocate, a distanza di meno di cinque anni l'una dall'altra)

- data ultima crisi _____
- trattamento farmacologico in corso **SI** **NO** sospeso il _____ ; guarito **SI** **NO**
- Attività epilettiforme all'EEG **SI** **NO**

Crisi provocata a causa di _____
bassa probabilità di recidiva **SI** **NO**

Crisi epilettica unica o isolata non provocata

- data crisi _____
- trattamento farmacologico in corso **SI** **NO** sospeso il _____

Altra perdita di coscienza

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

Crisi esclusivamente durante il sonno periodo osservazione _____
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 ultima crisi _____

- ripreso trattamento efficace **SI** **NO** data inizio _____

Intervento chirurgico per curare l'epilessia data _____

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

Valutazione conclusiva del rischio epilettico

Allegare accertamenti eseguiti

Data _____

Timbro con specializzazione
Firma