

CERTIFICATO MEDICO NEUROLOGICO
(da compilare a carico dello Specialista Neurologo curante)

Si certifica che il/la Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____

è affetto/a dalla seguente *forma comiziale*: _____

l'ultima crisi risale alla seguente data: _____

- il soggetto è da considerarsi clinicamente guarito: non ha presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico;
- il soggetto non ha presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni, ma è ancora in trattamento farmacologico;
- il soggetto è libero da crisi da almeno 5 anni, ma risulta tuttora in trattamento;
- il soggetto è libero da crisi epilettiche da almeno 5 anni in assenza di terapia;
- il soggetto ha avuto una crisi epilettica provocata, a causa di un fattore scatenante identificabile, con scarsa probabilità che si ripeta al volante (specificare nel campo "Note" il fattore scatenante, se si tratta di prima o unica crisi provocata; in ogni caso indicare la data dell'ultima crisi);
- il soggetto soffre di crisi esclusivamente durante il sonno; il manifestarsi delle crisi solo durante il sonno è stato osservato per un periodo non inferiore ad un anno;
- il soggetto soffre esclusivamente di crisi che non incidono sullo stato di coscienza e non causano incapacità funzionale, e tale condizione perdura da almeno un anno;
- il soggetto ha sofferto di una o più crisi dovute a modificazioni o riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico: specificare in quale data si è verificata l'ultima crisi e se il trattamento efficace precedentemente applicato è stato nuovamente prescritto;
- il soggetto soffre di un'epilessia trattata chirurgicamente ed è libero da crisi da almeno un anno;
- al soggetto è stata prescritta la completa ed assoluta astensione da bevande alcoliche;
- il soggetto, pur non avendo sinora mai sofferto di epilessia, è portatore di un determinato disturbo che comporta un aumento del rischio di crisi epilettiche (nel campo "Note" specificare di quale disturbo si tratta e se il soggetto è stato sottoposto in passato o tuttora ad un trattamento profilattico);
- il soggetto non soffre in realtà di epilessia, ma di un'altra patologia che può comportare il rischio di perdita di coscienza durante la guida (specificare nel campo "Note" la diagnosi e la prognosi con particolare riferimento al rischio di perdita di coscienza durante la guida.

Note: _____

Data _____

Lo Specialista Neurologo curante
(timbro e firma)
