

## CERTIFICATO MEDICO PNEUMOLOGICO

Relazione da compilare da parte dello specialista di struttura pubblica, che ha in cura il

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per il rilascio o rinnovo della patente di guida.

Risultati Polisonnografia o Monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:

AHI: \_\_\_\_\_

Terapia praticata:

ventilatore (CPAP, autoCPAP, Bilevel)

apparecchio endo-orale 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 sull'efficacia della terapia praticata nel consentire condizioni continue di buona

vigilanza diurna: Efficace / Non efficace / Scarsamente efficace

Data \_\_\_\_\_

Firma dello Specialista \_\_\_\_\_

Note: nei pazienti in terapia con CPAP (o altri ventilatori) o con apparecchio endo-orale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo; il giudizio sulla compliance è da riferire all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche impartite.