

**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)

\_\_\_\_\_