CERTIFICATO MEDICO PER C.M.L.: PAZIENTE AFFETTO DA OSAS

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

Sig./ra ……..
Nato/a a …… il ……

per il rilascio o rinnovo della patente di guida

Risultati Polisonnogramma o Monitoraggio cardiorespiratorio alla diagnosi:

AHI: …….

Terapia praticata:

□ ventilatore (CPAP, autoCPAP, BPAP)

□ apparecchio endoorale di avanzamento mandibolare

□ intervento chirurgico (ORL, maxillo-facciale, bariatrico)

□ altra terapia (specificare: …….)

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 di buona vigilanza diurna:

□ Efficace □ Scarsamente efficace □ Non efficace

Data……..

Firma dello specialista
……..

Nota: nei paziente in terapia con CPAP o altri ventilatori o con apparecchio endoorale specificare i risultati del report dello strumento sui tempi di utilizzo.
Il giudizio sulla compliace è da riferire alle prescrizioni terapeutiche impartite