CERTIFICATO MEDICO PER C.M.L. PER PATENTI A, B, B + E:

PAZIENTE GRUPPO 1 - EPILESSIA

□ **PRIMO CERTIFICATO** □ **CONTROLLO**

Si certifica che il/la signor/ra _____

nato/a a _____il ___/___/_____

residente a _____in via _____

Diagnosi: □ non riferita

□ riferita indicare la data della diagnosi ___/___/_____

Diagnosi sindromica _____

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi: □ SI

□ NO

Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze:

□ crisi epilettica provocata indicare la data ___/___/_____

Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: □ una □ due o più

Fattori provocanti_____

□ unica crisi epilettica non provocata indicare la data ___/___/_____

□ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data ___/___/_____

□ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi)

indicare la data ___/___/_____

□ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico

indicare la data ___/___/_____

Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO

□ altra perdita di coscienza_____

□ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti

indicare la data ___/___/_____

Specificare _____

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data ___/___/_____

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi? □ NO □ SI

GIUDIZIO DELLO SPECIALISTA SULL'IDONEITA' ALLA GUIDA

_____

_____

_____

DATA __/__/__ **Timbro e Firma del Medico Specialista** _____

Neurologo