

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Note per la compilazione della scheda di valutazione specialistica

Gruppo I (Patenti A, B, B+E)

Diagnosi riferita: si intende la diagnosi riferita da un paziente non in cura presso il certificante.

Diagnosi non riferita: si intende la diagnosi effettuata (o confermata) presso il centro certificante.

Data della diagnosi: va riferita con il massimo dell'approssimazione (ad esempio, compilare semplicemente l'anno se solo questo è noto; analogamente per il mese).

Diagnosi sindromica: utilizzare la classificazione delle epilessie dell'International League Epilepsy.

Crisi epilettica provocata: crisi occorsa in stretta associazione temporale con un fattore o una malattia provocante; la sua presenza non rappresenta un ostacolo alla guida purché il fattore provocante abbia scarsa probabilità di manifestarsi alla guida.

Crisi non provocata: si intende ogni crisi che non soddisfi la definizione di crisi epilettica provocata; crisi non provocate si manifestano in assenza di fattori o malattie responsabili di crisi epilettiche oppure in presenza di fattori o malattie provocanti ma al di fuori dei tempi entro i quali si manifestano le crisi provocate.

Crisi solo in sonno: sono compatibili con la guida purché siano unica tipologia di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi.

Crisi senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione: sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi presentate del paziente nel corso degli ultimi 12 mesi.

Crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico: si tratta di crisi che occorrono nei pazienti in remissione nei quali il medico decide, in accordo col paziente, una riduzione o la sospensione del trattamento; in questi casi, la ricorrenza di crisi comporta la sospensione della guida per soli tre mesi purché il paziente accetti il ripristino del trattamento; questa regola non si applica ai pazienti che hanno modificato arbitrariamente il trattamento.

Altra perdita di coscienza: si riferisce a tutti gli episodi di perdita di contatto giudicati da un specialista di genesi non epilettica; in questi casi, il giudizio di idoneità è demandato allo specialista competente sulla base della diagnosi formulata (ad esempio cardiologo, internista).

Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti: in questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi.

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia: in questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi indipendentemente dal tipo di crisi manifestate dal paziente.

Per presa visione e ritiro certificazione: il paziente, apponendo la propria firma, sottoscrive, assumendosene la responsabilità, la veridicità dei dati anamnestici riferiti allo specialista. Deve firmare a conferma di quanto riferito allo specialista.

Gruppo II (patenti C, C+E, D, D+E).

A differenza dei pazienti appartenenti al Gruppo I, l'accertamento dell'idoneità implica norme più restrittive comprendenti:

- L'assenza di crisi di qualsiasi numero e tipo da almeno 10 anni.
- L'assenza di trattamento da almeno 10 anni.
- La normalità dell'esame neurologico.
- L'assenza di anomalie epilettiformi nel tracciato elettroencefalografico.
- L'assenza di qualsiasi patologia cerebrale potenzialmente responsabile di crisi (anche in assenza di crisi).

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

(ai sensi della Circolare del Ministero della Salute 0017789-P-25/7/2011)

Gruppo I (Patenti A, B, B+E)

Primo Certificato

Controllo

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, il Sig./Sig.ra

Cognome.....
 Nome.....
 Data di nascita.....Residenza.....

Diagnosi: Riferita Non riferita

Se riferita, data della diagnosi:.....

Diagnosi sindromica.....

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi NO SI

Se l'ultima crisi è occorsa da meno di 12 mesi, specificare tipo e circostanze:

Crisi epilettica provocata Data.....

Numero crisi provocate nei 12 mesi Una Due o più

Fattori provocanti.....

unica crisi non provocata Data.....

crisi solo in sonno (da almeno 12 mesi) Data.....

crisi senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi)
 Data.....

crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico
 Data.....

Il trattamento precedente è stato ripristinato NO SI

Altra perdita di coscienza

Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti.....
 Data.....

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia NO SI

Data.....

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi NO SI

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

.....

Data.....

Firma e timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione.....

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

(ai sensi della Circolare del Ministero della Salute 0017789-P-25/7/2011)

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+E)

Primo Certificato

Controllo

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, il Sig./Sig.ra

Cognome.....
Nome.....
Data di nascita.....Residenza.....

Diagnosi:	Riferita <input type="checkbox"/>	Non riferita <input type="checkbox"/>
Se riferita, data della diagnosi:.....		
Diagnosi sindromica.....		
Esame neurologico.....		
EEG.....		
TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/>		
Altra patologia associata ad aumentato rischio di crisi (anche senza crisi):		

Se l'ultima crisi è occorsa da più di 10 anni	Data.....	
Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Il trattamento antiepilettico è tuttora in corso	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Se l'ultima crisi è occorsa da meno di 10 anni, specificare tipo e circostanze:		
<input type="checkbox"/> Crisi epilettica provocata	Data.....	
Numero crisi provocate	Una <input type="checkbox"/>	Due o più <input type="checkbox"/>
Fattori provocanti.....		
<input type="checkbox"/> Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti.....	Data.....	
<input type="checkbox"/> Altra perdita di coscienza.....		

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

Data.....

Firma e timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione.....