

Le difficoltà del neurologo nella certificazione di idoneità per patente di guida

Prof. Umberto Aguglia



Università “*Magna Græcia*” di Catanzaro

**Centro Regionale Epilessie
G. O. M. “*Bianchi-Melacrino-Morelli*” Reggio
Calabria**



IL CERTIFICATO

Gruppo

Primo certificato /__/

Controllo /__

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

Cognome

Nome

Data di nascita /__/_//__/_//__/_/ Residenza.....

Diagnosi: Riferita /__/ Non Riferita/__/

Se riferita la data della diagnosi /__/_//__/_//__/_/

Diagnosi sindromica

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi No /__/ Sì /__/



Diagnosi riferita = Si intende la diagnosi riferita da un paziente non in cura presso il centro certificante

Diagnosi non riferita = Si intende la diagnosi effettuata (o confermata) presso il centro certificante

Se riferita: lo specialista è sollevato da responsabilità ? Se no: a cosa serve allora ?

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 senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione = Sono compatibili con la guida **purché siano l'unica tipologia** di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi

E se il paziente causa un incidente per una crisi con turba della consapevolezza che non risulta in anamnesi ?

/___/ Crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico

Data /___/ /___/ /___/ /___/ /___/ Il trattamento precedente è stato ripristinato? No /___/ Sì /___/

→ /___/ Altra perdita di coscienza

/___/ Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti

Data /___/ /___/ /___/ /___/ /___/

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? No /___/ Sì /___/ Data /___/ /___/ /___/ /___/ /___/

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi No /___/ Sì /___/

Altra perdita di coscienza = Si riferisce a tutti gli episodi di perdita di contatto giudicati dallo specialista di genesi non epilettica; in questi casi, il giudizio di idoneità è demandato allo specialista competente sulla base della diagnosi formulata (es, cardiologo, internista)

Se comorbidità con sincopi: OK
Se comorbidità con PNES ?

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

????????????

.....
.....

Data /_/_//_/_//_/_/

Firma e Timbro dello Specialista

.....

Per presa visione e ritiro certificazione

**Se comorbidità con malattia che compromette la capacità di guida
(es. disabilità cognitiva, demenza) ?**

Quali confini tra parere dello specialista e valutazione della commissione ?