

da compilare a cura dello specialista neurologo

## CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA NEUROLOGICA

In conformità al Decreto Ministeriale delle Infrastrutture e dei Trasporti 30 novembre 2010

Si certifica che il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Presenta:

**EPILESSIA** \_\_\_\_\_

- data ultima crisi \_\_\_\_\_
- trattamento farmacologico in corso  SÌ  NO, sospeso il \_\_\_\_\_;
- guarito  SÌ  NO

**CRISI PROVOCATA** a causa di \_\_\_\_\_

- bassa probabilità di recidiva  SÌ  NO

**CRISI UNICA O ISOLATA NON PROVOCATA**

- data ultima crisi \_\_\_\_\_
- trattamento farmacologico in corso  SÌ  NO, sospeso il \_\_\_\_\_;

**ALTRA PERDITA DI COSCIENZA**

- causa neurologica  SÌ  NO diagnosi \_\_\_\_\_
- rischio di recidiva  SÌ  NO

**CRISI SEMPRE E SOLO MORFEICHE**

- data inizio \_\_\_\_\_
- trattamento farmacologico in corso  SÌ  NO

**CRISI SEMPRE E SOLO SENZA EFFETTO SULLO STATO DI COSCIENZA E SULLA CAPACITÀ FUNZIONALE DI ESEGUIRE LE MANOVRE DI GUIDA** (descrizione): \_\_\_\_\_

- data inizio \_\_\_\_\_
- trattamento farmacologico in corso  SÌ  NO

**CRISI PER MODIFICAZIONE DELLA TERAPIA DA PARTE DEL MEDICO**

- data \_\_\_\_\_
- ripreso trattamento efficace  SÌ  NO

**INTERVENTO CHIRURGICO PER CURARE L'EPILESSIA**

- data \_\_\_\_\_
- trattamento farmacologico in corso  SÌ  NO
- crisi epilettiche successive  SÌ, data \_\_\_\_\_  NO

### VALUTAZIONE CONCLUSIVA DEL RISCHIO EPILETTICO

\_\_\_\_\_

Allegare accertamenti eseguiti

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma e timbro dello specialista

**Clausola privacy.** Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i suoi dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.