

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

**PATENTI GRUPPO 1 (Patenti A, B, BE)**

☐ 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, data della diagnosi: \_\_\_\_\_

Diagnosi Sindromica \_\_\_\_\_

Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi ☐ NO ☐ SI

Se ultima crisi negli ultimi 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 effetto sulla coscienza e 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 nelle categorie precedenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

☐ Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? ☐ NO ☐ SI

☐ Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi ☐ NO ☐ SI Data \_\_\_\_\_

Giudizio dello specialista sulla idoneità alla guida: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico Specialista

Firma dell'interessato

(per presa visione e ritiro certificazione)

\_\_\_\_\_

## **CERTIFICAZIONE IDONEITA' ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER I PAZIENTI CON EPILESSIA**

### **Note per la compilazione della scheda di valutazione specialistica**

#### **GRUPPO 1 (Patenti A, B, BE)**

**Diagnosi riferita** = si intende la diagnosi riferita da un paziente non in cura presso il centro certificatore

**Data della diagnosi** = va riferito con il massimo dell'approssimazione (ad es compilare semplicemente l'anno se solo questo è noto; analogamente per il mese).

**Diagnosi sindromica** = Utilizzare la classificazione delle Epilessie dell'International League Against 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 possibilità 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 l'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 dal 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 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)

**Altro tipo di crisi epilettiche non previsto nelle categorie precedenti** = 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 anamnestici8 riferiti allo specialista – deve firmare a conferma di quanto riferito allo specialista

#### **GRUPPO 2 (Patenti C, C+E, D, D+E)**

A differenza dei pazienti appartenenti al gruppo 1, l'accertamento di 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)