

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 centro 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 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 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 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 dalla 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 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 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)



S.C.MEDICINA LEGALE
VIA IBLA, 34 – 97100 RAGUSA
DIRETTORE: DOTT. SALVATORE PIANETA

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI
CON EPILESSIA**
Gruppo I (Patenti A, B, B+E)

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

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 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

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

Data / / / / /

Firma e Timbro dello Specialista

Per presa visione e ritiro certificazione

.....



S.C.MEDICINA LEGALE
VIA IBLA, 34 – 97100 RAGUSA
DIRETTORE: DOTT. SALVATORE PIANETA

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI
 CON EPILESSIA**
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/la Sig./Sig.ra
 Cognome

Nome

Data di nascita /__/_//__/_//__/_/

Residenza.....

Diagnosi: Riferita /__/_/ Non Riferita/__/_/
 Se riferita la data della diagnosi /__/_//__/_//__/_/

Diagnosi sindromica.....

Esame neurologico

EEG

TAC /__/_/ RMN /__/_/

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 /__/_/ Sì /__/_/

Il trattamento antiepilettico è tuttora in corso? No /__/_/ Sì /__/_/

Se l'ultima crisi è occorsa da meno di 10 anni, specificare tipo e circostanze:

/__/_/ Crisi epilettica provocata Data /__/_//__/_//__/_/

Numero crisi provocate: Una /__/_/ Due o più /__/_/

Fattori provocanti

/__/_/ Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti

Data /__/_//__/_//__/_/

/__/_/ Altra perdita di coscienza

Giudizio dello specialista sull'idoneità alla guida:

Data /__/_//__/_//__/_/

Firma e Timbro dello Specialista

Per presa visione e ritiro certificazione