

Certificato anamnestico per il successivo accertamento delle condizioni psicofisiche per il conseguimento della patente di guida, ai sensi dell'art. 119, comma 3, del D. Lgs. n. 285/92 come modificato dalla L. n. 120/2010

Cognome e nome.....

nato/a Il

residente a Via.....n°.....

codice fiscale.....

Medico curante Dott./Dott.ssa.....

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (1) SI NO

APPARATO RESPIRATORIO SI NO

Sindrome delle apnee notturne SI NO

Ossigeno-terapia in atto SI NO

DIABETE MELLITO (2) SI NO

Insulinodipendente SI NO

APPARATO ENDOCRINO SI NO

APPARATO OSTEO-ARTICOLARE SI NO

SANGUE E SISTEMA EMOPOIETICO SI NO

APPARATO URO-GENITALE Insufficienza renale grave (3) SI NO

TRAPIANTO D'ORGANO SI NO

APPARATO VISIVO (4) SI NO

APPARATO Uditivo SI NO

APPARATO VESTIBOLARE SI NO

SISTEMA NERVOSO

SI NO

Centrale.....

Decadimento cognitivo.....

Epilessia (5).....

Periferico.....

APPARATO PSICHICO

SI NO

Insufficienza mentale.....

Psicosi / Disturbi di personalità.....

Depressione.....

Altre.....

In cura presso strutture psichiatriche territoriali SI NO In passato

DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE

SI NO

Etilismo.....

Tossicofilie.....

Uso di sostanze psicotrope (6).....

In cura presso SERT o NOA SI NO In passato

PORTATORE DI PROTESI (7)

SI NO

..... li..... (8)

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute.

.....
firma del richiedente

.....
firma e timbro del medico di fiducia (9)

NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE

Barrare con una X le caselle interessate (precisando anche eventuali patologie pregresse)

- (1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, pregresso IMA, aritmie, se portatore di PM o ICD, valvulopatia etc.
- (2) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, etc.)
- (3) Specificarne la gravità e l'eventuale trattamento dialitico
- (4) Ad esempio glaucoma, maculopatie, alterazioni del campo visivo, etc.
- (5) Indicare la data dell'ultima crisi e l'eventuale terapia in atto
- (6) Ad esempio antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici, etc.
- (7) Ad esempio protesi acustiche, protesi valvolari cardiache, protesi vascolari, protesi articolari, etc.
- (8) Luogo e data del rilascio
- (9) Indicare il numero regionale se Medico di Assistenza Primaria