

Certificato anamnestico preliminare 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

(da redigere da parte del medico di fiducia)

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

il/la Sig./ra _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

C. F. _____

da me in cura da più/da meno (cancellare la voce che non interessa) **di un anno,**

presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa) **pregresse condizioni morbose**

che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardiocircolatorio	SI	NO
(se SI, specificare diagnosi)		

Diabete mellito	SI	NO
Insulinodipendente?	SI	NO
compenso glicometabolico _____		
ev. complicanze _____		

Sistema endocrino	SI	NO
(se SI, specificare diagnosi)		

Patologie psichiche	SI	NO
(se SI, specificare diagnosi)		

Condizioni di dipendenza da: alcol/sostanze stupefacenti e psicotrope	SI	NO
(cancellare la voce che non interessa)		

Patologie del sistema nervoso	SI	NO
(se SI, specificare diagnosi)		

Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche	SI	NO
se SI, quando si è manifestata l'ultima crisi _____		
ev. terapia _____		

Sangue e organi emopoietici **SI** **NO**
Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)

Apparato oste-orticolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali **SI** **NO**

Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave **SI** **NO**

Organi di senso: gravi patologie visive evolutive **SI** **NO**

Luogo e Data _____

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta
e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico