

CERTIFICATO MEDICO RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI
per l' accertamento delle condizioni psicofisiche per la guida di veicoli a motore

(art. 119 comma 3 del Codice della Strada come modificato dalla legge 29 luglio 2010 n°120)

In relazione all' oggetto, si certifica che il Sig./la Sig. ra

Cognome e Nome

Data e Luogo di Nascita

Codice Fiscale

Identificato mediante

Presenta

A) MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (1) SI NO
(specificare)

B) MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO SI NO
(specificare)

Sindrome delle apnee notturne SI NO

O₂ terapia in atto SI NO

C) DIABETE (2) SI NO

Terapia con insulina SI NO

D) MALATTIE ENDOCRINE SI NO
(specificare)

E) ALTERAZIONI FUNZIONALI APPARATO OSTEO-ARTICOLARE SI NO
(specificare)

F) MALATTIE DEL SANGUE SI NO
(specificare)

G) INSUFFICIENZA RENALE (3) SI NO

H) TRAPIANTO D'ORGANO SI NO

I) ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO (4) SI NO
(specificare)

In caso di soggetto MONOCOLO, specificare l' epoca di insorgenza di tale condizione

visiva.....

Pagina. 2

L) ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo SI NO
(specificare)

M) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SI NO
Centrale (specificare).....

Deterioramento cognitivo

Epilessia (5)

Periferico (specificare).....

N) INFERMITA' DI NATURA PSICHICA SI NO

Insufficienza mentale

Psicosi / Disturbi di Personalità

Depressione.....

Altre

In cura presso strutture psichiatriche territoriali? SI NO IN PASSATO

O) SOSTANZE PSICOATTIVE SI NO IN PASSATO

Etilismo

Tossicofilie.....

Uso di sostanze psicotrope (6)

In cura presso SERT o NOA?

SI NO IN PASSATO

P) PORTATORE DI PROTESI? (9)

SI NO

(specificare)

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

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia 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

NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE

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

- (1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, pregresso IMA, aritmie, se è portatore di pacemaker o di defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD) se affetto da valvulopatie, etc.
- (2) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, etc.) e/o crisi ipoglicemiche
- (3) Specificarne la gravità e l'eventuale trattamento dialitico.
- (4) Indicare se è affetto da glaucoma, maculopatie, alterazioni del campo visivo, o altre gravi patologie visive evolutive
- (5) Indicare diagnosi, decorso, 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, etc.
- (8) Luogo e data del rilascio