

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:

Cognome e nome.....

Data e Luogo di nascita.....codice fiscale.....

Identificato mediante

presenta

- | | | |
|--|-----|-----|
| A) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI (1)
(specificare)..... | si• | no• |
| B) MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
(specificare)..... | si• | no• |
| Sindrome delle apnee notturne | si• | no• |
| O2 terapia in atto | si• | no• |
| C) DIABETE (2)
Terapia con insulina | si• | no• |
| D) MALATTIE ENDOCRINE
(specificare)..... | si• | no• |
| E) ALTERAZIONI FUNZIONALI DELL'APPARATO OSTEO ARTICOLARE
(specificare)..... | si• | no• |
| F) MALATTIE DEL SANGUE
(specificare)..... | si• | no• |
| G) INSUFFICIENZA RENALE (3)
..... | si• | no• |
| H) TRAPIANTO D'ORGANO
..... | si• | no• |
| I) ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO (4)
(specificare)..... | si• | no• |
| L) ALTERAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO
(specificare)..... | si• | no• |

M) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO si• no•
Centrale.....
Decadimento cognitivo.....
Epilessia.....
Periferico.....

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 si• no•
(specificare).....

.....il.....(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 progresse).

- 1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, pregresso IMA, aritmie, se portatore di PM o CD, se affetto da valvulopatie, etc.
- 2) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, etc.)
- 3) Specificare 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, etc.
- 8) luogo e data del rilascio.