

**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:**

<b>Apparato cardiocircolatorio</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
(se SI, specificare diagnosi)		

---

<b>Diabete mellito</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Insulinodipendente?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
compenso glicometabolico _____		
ev. complicanze _____		

---

<b>Sistema endocrino</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
(se SI, specificare diagnosi)		

---

<b>Patologie psichiche</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
(se SI, specificare diagnosi)		

---

<b>In terapia con psicofarmaci</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
(se SI, specificare farmaci e dosi)		

---

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

---

<b>Patologie del sistema nervoso</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
(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-oarticolare:** 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**