

CERTIFICATO MEDICO PER C.M.L. PER PATENTI A, B, B + E: PAZIENTE GRUPPO 1 - EPILESSIA

residente ain via	Diagnosi sindromica	nato/a a	□ PRIMO CER	TIFICATO		- CONTROLLO	
residente ain via	residente ain via	residente ain via	Si certifica che il/la signor/ra				
Diagnosi:	Diagnosi:	Diagnosi: non riferita riferita indicare la data della diagnosi// Diagnosi sindromica Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi: NO NO Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: una due o più Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? SI NO	nato/a a			il/	
Diagnosi sindromica Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi: SI NO Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: crisi epilettica provocata Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: una due o più Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data [Il trattamento precedente è stato ripristinato? altra perdita di coscienza altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data /_/ Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? NO SI indicare la data /_/ Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? NO Il indicare la data /_/ Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? NO Il indicare la data /_/ Specificare Il indicare la data /_/ Specificare Specificare Indicare la data /_/ Indicare la data /_/_ Indicare la data /_/_ Indicare la data /_/_/ Indicare la data /_// Indicare la data /_// Indicare la da	Diagnosi sindromica	Diagnosi sindromica Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi: Bolio NO Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: Crisi epilettica provocata Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: Diagnosi sindromica No Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: Crisi epilettica provocata Diagnosi sindromica Crisi epilettica provocata Diagnosi sindromica Diagnosi sindromica Diagnosi Diagnosi sindromica Diagnosi sindromica Diagnosi Diag	residente a	in via	a		
Diagnosi sindromica	Diagnosi sindromica	Diagnosi sindromica	Diagnosi:	□ non riferita			
Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi: SI NO Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: una due o più Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? altra perdita di coscienza altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi: NO	Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi: NO		□ riferita	indicare la da	ata della diagnosi _	
□ NO Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: □ crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: □ una □ due o più Fattori provocanti □ unica crisi epilettica non provocata indicare la data// □ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data// □ Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: una due o più Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? SI NO altra perdita di coscienza altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	□ NO Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: □ crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: □ una □ due o più Fattori provocanti □ unica crisi epilettica non provocata indicare la data//_ □ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data//_ □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data//_ □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data//_ Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	Diagnosi sindromica				
Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: crisi epilettica provocata	Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: una due o più Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data//_ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? SI NO altra perdita di coscienza altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	Se l'ultima crisi è occorsa da almeno 12 mesi specificare tipo e circostanze: crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: una due o più Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? SI NO	Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi:		□ SI		
□ crisi epilettica provocata Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: □ una □ due o più Fattori provocanti □ unica crisi epilettica non provocata □ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del mer □ indicare la data// □ ll trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti □ indicare la data// Specificare □ Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: una due o più	□ crisi epilettica provocata indicare la data// Numero di crisi negli ultimi 12 mesi: □ una □ due o più Fattori provocanti □ unica crisi epilettica non provocata indicare la data// □ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO			□ NO		
Numero di crisi negli ultimi 12 mesi:	Numero di crisi negli ultimi 12 mesi:	Numero di crisi negli ultimi 12 mesi:	Se l'ultima crisi è occorsa da almeno	12 mesi specifi	care tipo e cir	costanze:	
Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato?	Fattori provocanti unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato?	Fattori provocanti indicare la data// indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	□ crisi epilettica prov	ocata		indicare la data _	_//
unica crisi epilettica non provocata indicare la data// crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO altra perdita di coscienza altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//_ Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	□ unica crisi epilettica non provocata indicare la data// □ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	□ unica crisi epilettica non provocata indicare la data// □ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del r indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	Numero di crisi negli	ultimi 12 mesi:	□ una	□ d	ue o più
crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	□ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	□ crisi epilettica solo in sonno (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data//_ □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del rindicare la data//_ Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	Fattori provocanti				
□ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del mer indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	□ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del r indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	□ crisi epilettica senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione (da almeno 12 mesi) indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del r indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	□ unica crisi epilettica non pro	ovocata		indicare la data _	
indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	indicare la data// crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del r indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO altra perdita di coscienza altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	indicare la data// □ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del r indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	□ crisi epilettica solo in sonno	(da almeno 12	mesi)	indicare la data _	_//
□ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del merindicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	□ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del r indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	□ crisi epilettica solo occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del r indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	□ crisi epilettica senza effetti s	sulla coscienza	o sulla capaci	tà di azione (da alm	neno 12 mesi)
Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	Il trattamento precedente è stato ripristinato? SI NO altra perdita di coscienza altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	indicare la data// Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO				indicare la data _	_//
Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO □ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	Il trattamento precedente è stato ripristinato? □ SI □ NO	□ crisi epilettica solo occors	a dopo sospens	sione o riduzio	ne del trattamento	per decisione del med
□ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	□ altra perdita di coscienza □ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	respectively.				indicare la data _	
□ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data// Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	□ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti indicare la data//	□ altra perdita di coscienza	II trattamento preced	lente è stato rip	ristinato?	□ SI	□ NO
indicare la data/ Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//	indicare la data//		□ altra perdita di coscienza				
Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data//		□ altro tipo di crisi epilettica non previsto nelle categorie precedenti	□ altro tipo di crisi epilettica n	on previsto nelle	e categorie pre	ecedenti	
Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? NO SI indicare la data//		indicare la data//				indicare la data _	
Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? NO SI indicare la data//	Specificare	Specificare	Specificare				
							_//
Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi?	Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi?	Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi? □ NO □ SI	Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi?	□ NO	□ SI		
CILIDIZIO DELLO SPECIALISTA SULL'IDONEITA, VITA CITIDA	GIUDIZIO DELLO SPECIALISTA SULL'IDONEITA' ALLA GUIDA	GIUDIZIO DELLO SPECIALISTA SULL'IDONEITA' ALLA GUIDA	GIUDIZIO E	ELLO SPECIA	LISTA SULL'II	DONEITA' ALLA G	UIDA
<u> </u>	Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? NO SI indicare la data// Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi? NO SI	Specificare Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia? □ NO □ SI indicare la data// Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi? □ NO □ SI	□ altro tipo di crisi epilettica no Specificare Paziente sottoposto a chirurgia dell'e Assenza di crisi negli ultimi 12 mesi?	on previsto nelle pilessia? □ NO □ NO	e categorie pre □ SI □ SI	ecedenti indicare la data _ indicare la data _	
			DATA//	Firma	dell'interessate	o	
	DATA//_ Firma dell'interessato	DATA/ Firma dell'interessato		per presa visione	e e ritiro certifica	zione	
			DATA / / Timbr	o e Firma del M	ledico Special	ieta	

Neurologo

ALLEGATO 7

CERTIFICAZIONE D'IDONEITA' ALLA GUIDA DI AUTOVEICOLI PER PAZIENTI CON EPILESSIA

Note per la compilazione della scheda di valutazione specialistica I

Gruppo I (Patenti A, B, B+E)

Diagnosi riferita = Si intende la diagnosi riferita da un paziente non in cura presso il centro certificante

Diagnosi non riferita = Si intende la diagnosi effettuata (o confermata) presso il centro certificante

Data della diagnosi = Va riferita con il massimo dell'approssimazione (ad esempio, compilare semplicemente
l'anno se solo questo è noto; analogamente per il mese)

Diagnosi sindromica = Utilizzare la classificazione delle epilessie dell'International League Against Epilepsy

Crisi epilettica provocata = Crisi occorsa in stretta associazione temporale con un fattore o una malattia

provocante; la sua presenza non rappresenta un ostacolo alla guida purché il fattore provocante abbia scarsa

probabilità di manifestarsi alla guida

Crisi non provocata = Si intende ogni crisi che non soddisfi la definizione di crisi epilettica provocata; crisi non provocate si manifestano in assenza di fattori o malattie responsabili di crisi epilettiche oppure in presenza di fattori o malattie provocanti ma al di fuori dei tempi entro i quali si manifestano le crisi provocate.

Crisi solo in sonno = Sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi provocate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi

Crisi senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione = Sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi.

Crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico = Si tratta di crisi che occorrono nei pazienti in remissione nei quali il medico decide, in accordo col paziente, una riduzione o la sospensione del trattamento; in questi casi, la ricorrenza di crisi comporta la sospensione dalla guida per soli tre mesi purché il paziente accetti il ripristino del trattamento; questa regola non si applica ai pazienti che hanno modificato arbitrariamente il trattamento.

Altra perdita di coscienza = Si riferisce a tutti gli episodi di perdita di contatto giudicati dallo specialista di genesi non epilettica; in questi casi, il giudizio d'idoneità è demandato allo specialista competente sulla base della diagnosi formulata (es. cardiologo, internista)

Altro tipo di crisi epilettiche non previsto nelle categorie precedenti = In questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi

Paziente sottoposto a chirurgia dell'epilessia = In questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi indipendentemente dal tipo di crisi manifestate dal paziente

Per presa visione e ritiro certificazione = Il paziente, apponendo la propria firma, sottoscrive, assumendosene la responsabilità, la veridicità dei dati anamnestici riferiti allo specialista, deve firmare a conferma di quanto riferito allo specialista

GRUPPO II (PATENTI C, C+E, D, D+E)

A differenza dei pazienti appartenenti al gruppo I, l'accertamento d'idoneità implica norme più restrittive comprendenti:

- · L'assenza di crisi di qualsiasi numero e tipo da almeno 10 anni
- L'assenza di trattamento da almeno 10 anni
- · La normalità dell'esame neurologico
- L'assenza d'anomalie epilettiformi nel tracciato elettroencefalografico
- L'assenza di qualsiasi patologia cerebrale potenzialmente responsabile di crisi (anche in assenza di crisi)