

ANNESSO 6

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

che il Sig./la Sig.ra _____

C.F. _____

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

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

che possono costituire un rischio attuale per la navigazione da diporto, in riferimento ai seguenti disturbi del sistema nervoso:

1. Il paziente è in cura con un trattamento farmacologico?	No	Sì		
	da meno di 2 anni	da più di 2 anni		
2. Il paziente non presenta crisi epilettiche da almeno due anni?	No	Sì		
3. Il paziente è stato colpito da una crisi epilettica provocata? (Allegare EEG)	No	Sì		
		Il fattore scatenante è stato il seguente: _____	Le probabilità che la crisi epilettica provocata si possa ripresentare in navigazione da diporto sono: SCARSE ELEVATE	
4. Il paziente ha manifestato un'unica o prima crisi epilettica non provocata?	No	Sì		
		Più di 10 anni fa	Più di 6 mesi fa	Meno di 6 mesi fa
5. Il paziente ha perso conoscenza?	No	Sì (indicare il motivo e quando): _____		
		Sussiste il rischio di ricorrenza:		Sì No
6. Il paziente ha manifestato crisi epilettiche?	Sì	No	Mai	
		Da meno di un anno	Da più di un anno	
7. Il paziente ha manifestato crisi epilettiche esclusivamente durante il sonno?	Sì	No	Mai	
		Da meno di un anno	Da più di un anno	
8. Il paziente ha manifestato crisi senza effetti sullo stato di coscienza e sulla capacità d'azione?	Sì	No	Mai	
		Da meno di un anno	Da più di un anno	
9. Il paziente ha manifestato crisi epilettiche dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia?	Sì	No	Mai	
		Da meno di un anno	Da più di un anno	
10. L'esame dell'elettroencefalogramma ha evidenziato un'attività epilettiforme?	Sì	No		
11. Il paziente ha un tumore cerebrale o una lesione strutturale intracerebrale?	Sì	No		
12. Il paziente ha una malformazione artero-venosa?	Sì	No		
13. Il paziente ha subito TIA, ischemie, ictus o emorragie cerebrali?	Sì	No		
14. Il paziente ha una diagnosi per malattia di Parkinson?	Sì	No		
15. Il paziente ha una diagnosi per malattia di Alzheimer-Perusini?	Sì	No		
16. Il paziente ha una diagnosi di demenza senile?	Sì	No		

Data ____/____/____

Timbro del Medico Specialista in Neurologia

Firma del Medico

