

CERTIFICATO MEDICO RELATIVO AI PRECEDENTI MORBOSI per il successivo
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)

Cognome e Nome Professione

Data e Luogo di Nascita Codice Fiscale

Medico Curante Dott./Dott.ssa dal

A) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI (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 DELL' APPARATO OSTEOARTICOLARE 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)

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

M) ALTERAZIONI DELL' APPARATO VESTIBOLARE SI' NO
(specificare)

N) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SI' NO
Centrale
Decadimento cognitivo
Epilessia (5)
Periferico

O) INFERMITA' DI NATURA PSICHICA SI' NO
Insufficienza mentale
Psicosi / Disturbi di Personalità
Depressione.....
Altre
In cura presso strutture psichiatriche territoriali? SI' NO IN PASSATO

P) DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE SI' NO IN PASSATO
Etilismo
Tossicofilie
Uso di sostanze psicotrope (6)
In cura presso SERT o NOA? SI' NO IN PASSATO

Q) PORTATORE DI PROTESI? (7) SI' NO
(specificare)
..... li (8)

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale 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 (9)

NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE

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

- (1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, pregresso IMA, aritmie, se portatore di PM o ICD, se affetto da valvulopatie, etc.
- (2) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, etc.)
- (3) Specificarne 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.
- (9) indicare il numero regionale se Medico di Assistenza Primaria